

Päivi Karvanen

MUISTISAIRAAN HOITOPOLKU POHJOIS-SATAKUNNAN
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄSSÄ – KUVAUSTA,
ARVIOINTIA JA KEHITTÄMISSUUNNITELMIA

Vanhustyön koulutusohjelma
2016

MUISTISAIRAAN HOITOPOLKU POHJOIS-SATAKUNNAN PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄSSÄ – KUVAUSTA, ARVIOINTIA JA KEHITTÄMISSUUNNITELMIA

Karvanen, Päivi
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Toukokuu 2016
Ohjaaja: Kivenmaa, Anne. Ruisniemi, Arja
Sivumäärä: 53
Liitteitä: 4

Asiasanat: Hoitopolku, muistisairas, läheinen, muistihoitaja

Opinnäytetyössä kuvattiin ja arvioitiin muistisairaahan hoitopolkua Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymässä (PoSa) sekä esitettiin hoitotyössä heränneitä kehittämistarpeita. Tavoitteena oli tehdä ohje ja työkalu muistityötä tekeville hoitajille. Ei riitä, että työtä tehdään. Työmotivaation säilymiseksi ja hoitotyön kehittämiseksi on tiedettävä, miksi ja miten tehdään. Opinnäytetyössä kuvattiin, mihin hyvä hoito perustuu ja mihin on kiinnitettävä huomiota.

Opinnäytetyö oli projekti, jonka teoriaosassa kuvattiin muistisairaahan oikeudet ja hyvä hoito ammattikirjallisuuden ja oman kokemuksen avulla. Muistisairauksien ennaltaehkäisy, yleisimmät muistisairaudet sekä muistisairaahan hoito ja kuntoutus erityiskysymyksineen käsiteltiin läheistä unohtamatta. Lääkkeettömiä hoitomuotoja, muistisairaahan kohtaamista sekä osaavaa suhtautumista haasteelliseen käyttäytymiseen painotettiin.

PoSan muistityössä pyritään katkeamattomaan hoitopolkuun. Opinnäytetyössä kuvattiin tavoitteen toteutumista. Pitkään muistityötä tehneet hoitajat kommentoivat muistisairaahan oikeuksien toteutumista omissa hoitoyksiköissään. Kehittämiskohteina nousivat erityisesti esiin tarve moniammatillisesti laaditulle hoito- ja kuntoutussuunnitelmalle sekä mahdollisuuksille kehittää lääkkeetöntä hoitoa. Geriatripalvelut on koettu erittäin tärkeiksi, jotta asiantuntemusta on käytettävissä koko hoitopolun matkan.

THE CLINICAL PATHWAY OF A PERSON SUFFERING FROM MEMORY
DISEASE IN THE FEDERATION OF MUNICIPALITIES IN NORTH
SATAKUNTA –DESCRIPTION, VALUATION AND DEVELOPMENT PLANS

Karvanen, Päivi

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Elderly care

May 2016

Supervisor: Kivenmaa, Anne. Ruisniemi, Arja

Number of pages: 53

Appendices: 4

Keywords: Clinical pathway. Person, who suffers from memory disease. Relative, memory nurse

The final project described and valued the clinical pathway of persons suffering from memory disease in the Federation of Municipalities in North Satakunta (PoSa), and presented needs to develop the nursing. The goal was to give directions and equipment for memory nursing. It is not enough to do the work. For motivating and developing the nursing you also have to know why and how the work is done. The final project described what good nursing is based on and what is essential in it.

The theoretic part of the final project described the rights and good nursing of a person suffering from memory disease, by means of professional literature and own experience. The prevention of memory diseases, the most common memory diseases and the nursing and rehabilitation of a person suffering from them and the special issues were dealt with, keeping in mind also the significant ones. Non-drug therapy, meeting a person suffering from memory disease and appropriate attitude to behavioral symptoms were emphasized.

The memory nursing of PoSa aims at a continuous clinical pathway. The final project described how the goal is reached. Nurses with long experience in memory nursing comment on the realization of the rights of persons suffering from memory disease, in their own nursing units. The most essential issues seemed to be the need of multiprofessional nursing and rehabilitation plan, and chances to develop non-drug therapy. Geriatric services have been found very important for taking advantage of the expert knowledge for the whole clinical pathway.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	PROJEKTIN TAUSTA JA TOIMINNALLINEN YMPÄRISTÖ.....	6
3	TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
4	AIEMMAT TUTKIMUKSET	13
5	KÄSITTEITÄ.....	14
6	HOITOPOLKU	15
6.1	Ehkäisy ja riskitekijät.....	15
6.2	Tunnistaminen ja hoitoonohjaus	17
6.3	Tutkimukset	18
6.4	Muistihäiriöt ja yleisimmät muistisairaudet.....	21
6.5	Hoito ja kuntoutus.....	23
6.5.1	Lääkehoito	23
6.5.2	Lääkkeetön hoito	24
6.5.3	Muistisairaahan kohtaaminen.....	28
6.5.4	Haasteellinen käyttäytyminen	30
6.6	Muistisairaahan seuranta ja kuntoutus.....	32
6.7	Eriyiskysymyksiä.....	33
6.8	Asumis- ja laitospalvelut.....	35
6.9	Saattohoito	36
6.10	Läheiset.....	37
7	HOITOPOLUN ARVIOINTI.....	38
8	KEHITTÄMISSUUNNITELMIA	42
9	POHDINTA.....	46
	LÄHTEET.....	48
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Muistisairaudet ovat viime vuosina nousseet yleiseksi puheenaiheeksi yhteiskunnallisessa keskustelussa, kun puhutaan Suomen tulevaisuudesta ja terveydenhuollon järjestämisestä tulevina vuosikymmeninä. Väestön ikääntyessä muistisairaudet lisääntyvät. Muistiliiton arvion mukaan maassamme on n. 193 000 muistisairasta. Heistä n. 93 000 on vähintään muistisairauden keskivaikeassa vaiheessa. Vuosittain uusia sairastuneita on n. 14 500. Työikäisiä muistisairaita on Suomessa 7000–10 000. Voidaan puhua jo kansantaudista. (Muistiliiton www-sivut 2016.)

Suurin osa muistisairaista on siis ikääntyneitä. Keväällä 2015 muistisairausdiagnoosi oli 40 prosentilla säännöllisen kotihoidon asiakkaista ja 75 prosentilla tehostetun palveluasumisen asiakkaista. Osa muistisairaista ei ole ollut muistitutkimuksissa eikä heille ole tehty kyseistä diagnoosia. Arvion mukaan jopa 95 prosentilla ympärivuorokautisen hoivan piirissä olevista asiakkaista on muistihäiriöitä. (Finne-Soveri ym. 2015, 12–13.) Väestörakenteen muutoksen vuoksi muistisairaiden lukumäärä ja osuus väestöstä kasvaa voimakkaasti. Suhteellisesti eniten suurenee yli 85-vuotiaiden osuus ja tässä ikäluokassa muistisairauksien esiintyvyys erityisesti lisääntyy. Vuonna 2060 maassamme ennustetaan olevan jopa n. 240 000 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavaa. (Viramo & Sulkava 2015, 35.)

Tulevaisuuteen valmistautuminen on vaatinut päättäjiltä toimia. Laki vuodelta 2012 ohjaa kuntia tukemaan ikääntyneiden kotona asumista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 5 §.) Tämän ns. vanhuspalvelulain muutos vuonna 2014 merkitsee, että lähes kaikki ikääntyneet tulevat asumaan kotona tai palvelutalossa elämänsä loppuun saakka. Vanhainkodit tulevat katoamaan. Uusin hallitusohjelma painottaa iäkkäiden kotona asumista, omaishoitoa ja sukupolvien välistä yhteyttä. Palvelujärjestelmien tulee olla joustavia ja toimivia. Ohjelma korostaa myös kolmannen sektorin merkitystä. (Finne-Soveri 2015, 14.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ensimmäisen ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen vuonna 2001. Uudistettu suositus vuodelta 2013 korostaa toimintakykyistä ikääntymistä sekä oikea-aikaisten ja monipuolisten palveluiden tarpeen selvittämistä. Sen tarkoitus on tukea vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Tavoitteena on myös palvelurakenteiden uudistaminen, jotta kustannusten kasvua kyettäisiin hillitsemään ikärakenteen muuttuessa ja palvelutarpeiden kasvaessa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 5.)

Laajapohjainen työryhmä julkisti vuonna 2012 Suomen kansallisen muistiohjelman vuoteen 2020. Sen pohjana on Euroopan parlamentin kannanotto muistisairauksien ehkäisystä ja sairastuneiden elämänlaadun parantamisesta. Ohjelmalla on neljä keskeistä tavoitetta: aivoterveysten edistäminen, toimivat hoito-, kuntoutus- ja palveluketjut, osaamisen ja tutkimuksen vahvistaminen sekä myönteinen asenne muistisairaita kohtaan. (Voutilainen 2012, 6.)

2 PROJEKTIN TAUSTA JA TOIMINNALLINEN YMPÄRISTÖ

Pohjois-Satakunnassa terveyspalvelut hoitaa kuuden kunnan alueella Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymä, PoSa. Pienimpiä kuntia väestömäärältään ovat Honkajoki, Jämijärvi ja Siikainen, joissa on 1500–2000 asukasta. Karvian ja Pomarkun asukasluku on 2200–2500. Kankaanpään kaupungissa on asukkaita n. 11 700. Kokonaisuudessaan väestöpohja on n. 22 000. (Väestörekisterikeskuksen [www](http://www.vrk.fi)-sivut 2016.) Yli 64-vuotiaiden osuus Kankaanpäässä on n. 23 % ja muissa kunnissa lähes 30 % (Kunnat.net 2016).

PoSan toiminta-ajatus on väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kustannustehokkaasti, alueellisesti oikein mitoitettut palvelut sekä luottamuksellinen vuorovaikutus kaikessa toiminnassa. Arvoissa painottuvat asiakkaan tasavertainen ja inhimillinen kohtelu sekä väestön ja henkilöstön kokeman hyvinvoinnin lisääntyminen. Kuntalaisten ja henkilöstön odotetaan vaikuttavan omaan hyvinvointiinsa ja sen ylläpitämiseen. Tavoitteena on, että väestö luottaa toiminnan laatuun, kommunikointi on

avointa ja palautejärjestelmät toimivat. (Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän strategia 2015–2020.) PoSan ikäihmisten hyvinvointisuunnitelmassa vuosille 2014–2020 todetaan, että ikääntyville suunnattujen toimintakykyä ylläpitävien palveluiden tavoitteena on väestön terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen. Pyritään lisäämään väestön toimintakykyisiä elinvuosia ja parantamaan iäkkäiden elämänlaatua. Kotona selviytymistä tuetaan niin pitkään kuin se on inhimillisesti arvioiden mahdollista. Muiden palveluiden tarvetta siirretään elinkaaren myöhempään vaiheeseen. (PoSan ikäihmisten hyvinvointisuunnitelma 2014–2020.)

PoSan muistityöryhmä laati vuonna 2007 muistisairaanhoidon silloisen Kankaanpään seudun kuntayhtymän alueelle. Vuonna 2009 siirryttiin PoSaan ja elämänkaari-malliin palveluiden tuottamisessa. Muistihoitajan toimesta tuli täysipäiväinen kuuluen toimintakykyä ylläpitäviin seniorineuvolan palveluihin. Vuoden 2013 alussa muistihoitajan nimike muuttui muistikoordinaattoriksi. Vuodeosastolla, kotihoidossa ja hoitokodeissa työskentelevät omat muistihoitajat muun työnsä ohella. Geriatri työskentelee PoSassa yhtenä päivänä viikossa ostopalveluna työparinaan geronomi. Muistikoordinaattori voi tehdä lähetteen geriatrialle ja/tai geriatriseen kuntoutukseen. Lähes viikoittain on konsultaatioaika, jolloin muistikoordinaattori vie asiakkaiden asioita geriatrialle. Muistityöryhmä päivittää muistisairaanhoidon polkua.

3 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Olen ensimmäinen ja toistaiseksi ainoa muistikoordinaattori PoSan alueella. Tehtäväni on kulkea muistisairaanhoidon ja hänen läheisensä rinnalla. Matkaan kuuluu monenlaista, tarvitaan tietoa ja tukea. Muistisairaudesta ei voi parantua. Se etenee toisilla hitaammin, toisilla nopeammin. Se koskettaa sairastunutta, läheistä, koko perhettä ja sukua. Rakas ihminen muuttuu, käyttäytyy ehkä toisin kuin ennen eikä selviydykään enää asioista, jotka on ennen hoitanut. Hoitajalta pyydetään apua. Usein hän tuntee neuvottomuutta ja riittämättömyyttä. Ei ole pilleriä, jolla vaivan parantaisi.

Haluan tällä työllä kertoa, miten muistisairasta PoSassa hoidetaan ja esittää työssä heränneitä ajatuksia, miten sitä voisi kehittää. Käytän nimitystä hoitopolku, sillä se kuvaa

asiakkaan taivalta. Polulla on kanssakulkijoita, läheisiä ja hoitajia. Muistisairas on keskeisin. Puhun haasteellisesta käyttäytymisestä enkä käytösoireista kuvatessani ikäviä ja hankalia sairauden mukanaan tuomia käyttäytymisen muotoja. Haasteellinen käyttäytyminen kuvaa sitä, että kyseessä on kohtaaminen ja ihmisten välinen vuorovaikutus.

PoSan vanhuspalveluissa työskentelee yli 400 työntekijää. Suurin osa hoidettavista ikääntyneistä on muistisairaita, joten tietoa ja taitoa vaaditaan kaikilta. Useita hoitajia voi nimittää muistihoitajiksi. Monella on kyseinen koulutus. Tavoitteeni on kuvata muistisairaahan hoitoa mahdollisimman käytännönläheisesti avuksi nykyisille ja tuleville hoitajille.

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus

- diagnoosiin ja tietoon sairaudestaan
 - saada asianmukaista lääkehoitoa
 - tulla kohdelluksi aikuisena ja tulla kuulluksi niin, että hänen tunteitaan ja mielipiteitään arvostetaan
 - olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänhistoriansa sekä kulttuuriset ja hengelliset tapansa
 - kokea mielekkäitä asioita
 - elää turvallisessa ja aktivoivassa ympäristössä
 - ulkoilla säännöllisesti
 - olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina kun se on mahdollista
 - hyvältä tuntuvaan kosketukseen ja läheisyyteen kuten halaukseen, hellyyteen ja kädestä pitämiseen
 - olla oman ja muiden muistisairaiden elämän asiantuntija
 - olla osa paikallista ja maailmanlaajuisia yhteisöä
 - kohtaamiseen ja hoitoon, joka perustuu empatiaan ja tietoon muistisairauksista.
- (Bell ja Troxell 2013, vapaasti käännettynä.)

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus diagnoosiin ja tietoon sairaudestaan. Potilaan ilmaisemien muistioireiden syy tulee selvittää (www.kaypahoito.fi). Diagnoosi auttaa ymmärtämään oireita. Voidaan aloittaa kohdennettu hoito. Tässä vaiheessa tarvitaan tietoa. (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2008, 29.) Tieto vähentää huolta ja auttaa

sopeutumisessa. Sitä saa hoitohenkilökunnalta, ensitietopäiviltä ja sopeutumisvalmennuskursseilta. Tietoa tarvitaan pitkin matkaa, koska kaikki asiat eivät jää ehkä heti mieleen. Läheiset tarvitsevat myös tietoa. (Mönkäre 2014, 71.)

Muistisairaalla on oikeus saada asianmukaista lääkehoitoa. Se tukee muistisairaana toimintakykyä ja elämänlaatua. Useimmilla muistisairailla on useita lääkkeitä. Lääkkeiden imeytyminen muuttuu ikääntyessä, jolloin lääkehaittojen mahdollisuus kasvaa. (Lönnroos 2013, 8.) Hoitajien ja lääkäreiden tehtävä on seurata muistisairaiden lääkitystä säännöllisesti. Asiakkaan ja läheisten kanssa selvitetään käytössä olevat lääkkeet, ottoajankohdat sekä lääkkeiden hyödyt ja haitat. Pohditaan, pystyykö muistisairas itse huolehtimaan lääkkeiden otosta. (Lönnroos 2014, 224.)

Muistisairaalla on oikeus tulla kohdelluksi aikuisena ja tulla kuulluksi niin, että hänen tunteitaan ja mielipiteitään arvostetaan. Jokainen ihminen on arvokas. Muistisairaana kognitiivisten kykyjen heikkeneminen ei vähennä hänen ihmisarvoaan. (Sarvimäki 2013, 14.) Jokainen muistisairas on ainutlaatuinen ja hänellä on oikeus tulla kohdatuksi omana itsenään (Laine & Heimonen 2011, 26). Hänen tunteensa on totta. Se tulee kuulla ja siihen vastata. Emme saa ohittaa muistisairaana tunnetta. Sen kuuleminen helpottaa hänen oloaan. (Kämäräinen 2011, 8.)

Muistisairaalla on oikeus olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänhistoriansa sekä kulttuuriset ja hengelliset tapansa. Asiakkaan elämänhistorian tunteminen antaa eväitä hänen tukemiseensa. Muistot ylläpitävät identiteettiä ja auttavat elämän kokonaisuuden hahmottamisessa. (Mönkäre 2014, 71.) Menneiden aikojen muistelemisen vahvistaa muistisairaana käsitystä siitä, millainen ihminen hän on ollut ja voi vahvistaa haurasta minuutta (Kämäräinen 2011, 34). Elämäntapahtumilla on yksilöllinen merkitys ja niistä voidaan löytää voimavaroja nykyhetkeen. Toisaalta tieto vaikeista asioista voi auttaa ymmärtämään muistisairaana käyttäytymistä. (Laine & Heimonen 2011, 22.)

Muistisairaalla on oikeus kokea mielekkäitä asioita. Ikäinstituutin Vanhuuden Mieli-projektissa (RAY 2011–2014) todettiin, että ”Yksilöllisten voimavarojen tunnistaminen sekä elämään tarkoituksellisuutta tuottavien tekijöiden löytäminen avaavat uusia

mahdollisuuksia merkitykselliseen ja mielekkääseen arkeen sekä lisäävät yleistä tyytyväisyyttä elämään”. Tarkoituksellisuutta voi kokea asennoitumalla, tekemällä ja toimimalla tai erilaisten elämyksien kautta. (Laine 2011, 14.) Muistisairaalle mielekäs tekeminen on erityisen tärkeää. Toimintakykyä ja elämänlaatua pyritään ylläpitämään. (Härmä 2015a, 13.)

Muistisairaalla on oikeus elää turvallisessa ja aktivoivassa ympäristössä. Muistisairausdiagnoosin jälkeen esiin nousee arjen sujuminen ja turvallisuus. On hyvä, jos asiakas voi osallistua mahdollisten muutosten suunnitteluun ja tottua niihin. (Erola 2013, 17.) Muutoksia tehdään harkiten, mutta ne voivat olla tarpeen turvallisuuden ja oma-toimisuuden tukemiseksi. Hyvä koti on viihtyisä, tuttu ja turvallinen. (Hurnasti, Topo & Nukari 2014, 149.) Elämän jatkuminen tavallisine arkipuuhineen tukee toimintakykyä sekä itseluottamusta ja -kunnioitusta (Riikonen 2013, 9).

Muistisairaalla on oikeus ulkoilla säännöllisesti. Muistisairaavat hyötyvät säännöllisestä liikunnasta. Liike vahvistaa psyykkistä, fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä. Liikunnan puute voi aiheuttaa mielialan laskua, ahdistusta tai aggressiivisuutta. (Forder 2014, 109.) Ulkoilu kuuluu normaaliin elämään. Muistisairaalta saatetaan kieltää normaalit toiminnot riskien pelossa. Suhtautuminen voi liittyä liikaan suojeluun tai toisaalta asian vähättelyyn. Liikkuminen on kuitenkin perusoikeus, jonka toteutuminen tulee varmistaa. (Riikonen 2013, 9.)

Muistisairaalla on oikeus olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina kun se on mahdollista. Muistisairauteen saattaa liittyä käyttäytymistä, joka huonontaa asiakkaan vointia ja vaikeuttaa hoitoa. Tätä haasteellista käyttäytymistä tulisi hoitaa ensisijaisesti lääkkeitömästi oikeanlaisella kohtaamisella ja tukemalla arjen sujumisessa. Rauhoittavat, keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet saattavat lisätä haasteellista käyttäytymistä tai heikentää fyysistä kuntoa. (Vataja 2014a, 58.) Ne aiheuttavat usein huimausta, kaatumisia ja kognition alenemista. Lääkitystä tarkistettaessa lääkkeet, joilla ei ole perusteltua indikaatiota on syytä lopettaa. Lopetus etenkin rauhoittavien lääkkeiden kohdalla tehdään asteittain. (Lönnroos 2013, 8-11.)

Muistisairaalla on oikeus hyvältä tuntuvaan kosketukseen ja läheisyyteen kuten halaukseen, hellyyteen ja kädestä pitämiseen. Muistisairaalle on oltava vuorovaikutuksessa muiden kanssa ei katoa. Kommunikointi sanoin saattaa vaikeutua, jolloin läheisyyden ja kosketuksen tarve kasvaa. (Peltonen 2013, 12.) Kädestä pitäminen, hartioista silittäminen, olkapään ja käsivarren sively sekä juttelu rauhallisella, lämpimällä äänellä voi olla avain muistisairaalle maailmaan (Kämäräinen 2011, 30).

Muistisairaalla on oikeus olla oman ja muiden muistisairaiden elämän asiantuntija. Muistisairaalle toivovat, että elämä jatkuisi entisenlaisena. Arki puuhineen ja harrastuksineen on elämän perusta. Elämän tulee olla omannäköistä, vaikka apua tarvittaisiinkin. (Heiskanen 2015, 17.) Omien kokemusten kertominen muille samassa tilanteessa eläville voi selkiyttää ajatuksia ja antaa uusia näkökulmia. Kuulemalla toista voi kokea olevansa avuksi, mikä on kokemuksena voimaannuttava. (Mönkäre 2014, 81.)

Muistisairaalla on oikeus olla osa paikallista ja maailmanlaajuista yhteisöä. Vanhuspalvelulaissa on huomioitu ikääntyneen mahdollisuus olla osallisena toimintaympäristössään. Oikeat tukitoimet esim. kommunikointia helpottamalla lisäävät osallisuuden toteutumista. Muistisairaalla osallistuminen tukee aktiivisuutta ja nostaa arvokkuuden tunnetta. (Järnefelt 2015, 17.) Pitkäaikainen muistityöntekijä ja vaikuttaja Päivi Voutilainen sanoo: ”Vain silloin, kun ihminen voi itse osallistua ja vaikuttaa omassa asiassaan, voidaan puhua asiakaslähtöisistä palveluista”. Hänen mukaansa sosiaali- ja terveyspalveluja kehitettäessä pitäisi huomioida asiakkaan, myös muistisairaalle, ääni. (Härmä 2015b, 22.)

Muistisairaalla on oikeus kohtaamiseen ja hoitoon, joka perustuu empatiaan ja tietoon muistisairauksista. Muistisairas tarvitsee ihmistä, joka ymmärtää hänen tilanteensa ja tunnistaa tarpeet. Muistisairaus on uhka hyvinvoinnille. Lisäksi on usein somaattisia sairauksia ja vaivoja sekä elämänmuutoksia. Murheet ja selvittämättömät asiat saattavat painaa. (Eloniemi-Sulkava 2011, 9.) Hoitajan tulisi keskittyä muistisairaaseen ihmiseen ja hänen tarinaansa. Hyvä hoito perustuu asiakkaan tuntemiseen, laaja-alaiseen tietoon ja sydämen sivistykseen. (Laine & Heimonen 2011, 68.)

Muistisairaahan oikeudet ovat pohjana Muistiliiton julkaisemalle Muistisairaahan ja hänen omaisensa oikeusoppaalle (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa, 4). Useat muistiyhdistykset, mm. Etelä-Karjalan Muisti ry (Etelä-Karjalan Muisti ry:n www-sivut 2016) ja Pirkanmaan muistiyhdistys ry (Muistisairaahan oikeudet 2015, 17) mainitsevat ne julkaisuissaan.

Savon Sanomat kirjoittaa pääkirjoituksessaan 29.5.2013 muistisairaahan oikeuksista seuraavasti: “Sen kuuluisi olla jokaisen kunnallisen ja valtiollisen päättäjän huoneen- tauluna. Sosiaali- ja terveysministerin kuuluisi osata lista ulkoa.” (Kärkkäinen 2010.) Kirjoittaja on huolissaan mm. oikeudesta tuttuun ja turvalliseen asuinympäristöön ja ammattitaitoiseen hoitoon rahojen vähentyessä. Hänen mukaansa myös usein puhutaan muistisairaasta kolmannessa persoonassa, jolloin oikeus tulla kohdelluksi aikuisena ei toteudu.

Hoitopolkuja on kuvattu monissa kunnissa. Lempäälässä on muistityötä tehty pitkään. Vuonna 1995 avattiin pitkäaikaishoidon dementiayksikkö ja dementianeuvoja (nykyisin muistineuvoja) aloitti työnsä. Muistipoliklinikka aloitti vuonna 2004 geriatri- ja muistisairaanhoidajapalveluineen. Hoitopolku on tarkkaan kuvattu. Muistikuntoutusta järjestetään kolmessa tasossa: kotikäynteinä, päivätoimintana ja lyhytaikaisjaksoina. Kuntoutussuunnitelma on niin laaja, että kaikkia sen sisältämiä asioita ei käsitellä joka käynnillä, vaan tarpeen mukaan. Muistihoitajalla on laaja verkosto, jonka avulla hän miettii keinoja muistisairaahan tukemiseksi. (Teittinen, 2013.)

Turun ammattikorkeakoulu ja Varsinais-Suomen Liitto toteuttivat vuosina 2009–2012 hankkeen Muistisairaahan palvelupolun kehittäminen Vakka-Suomessa. Tuloksena muistisairaahan hoidon osaamisvalmiudet kehittyivät ja käynnistyi muistikoordinaattoritoiminta. Oikea-aikaiset, muistisairaahan toimintakyvyn muutokset huomioivat palvelut paranivat. (Virjonen 2012, 19–21.)

Muistiliitto selvitti vuosina 2010–2012 vastadiagnosoitujen muistisairaiden ja heidän läheistensä kokemuksia ensimmäisestä vuodesta muistisairauden diagnoosin jälkeen. Sairastuneista 89 % raportoi kuukauden kuluttua diagnoosista ja läheisistä vielä vuoden kuluttua, ettei muistisairaalla ollut kuntoutussuunnitelmaa. Noin puolet molem-

mista oli sitä mieltä, että he eivät olleet saaneet edes tietoa kuntoutuksesta. Siitä huolimatta neutraalisti tai toiveikkaasti lähitulevaisuuteen suhtautui yli 80 % sairastuneista heti diagnoosin jälkeen ja vuodenkin kuluttua 70 %. Eniten sekä sairastuneiden että läheisten elämänlaatua tukivat arjen askareet, liikunta ja ystävät. (Nikumaa 2013, 3.)

Muistibarometri on Muistiliiton joka viides vuosi toteuttama tiedonkeruu, joka vuonna 2015 toteutettiin yhdessä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Selvitys osoitti, että palvelujärjestelmä on kehittynyt pääosin myönteiseen suuntaan muistisairaiden hoidon ja palveluiden suhteen. Kehittämistä vaatii erityisesti kotona asumisen tukeminen palveluita parantamalla ja omaisten jaksaminen. Barometrissä kiinnitettiin huomiota myös tarpeeseen lisätä henkilöstön osaamista ja yhteistyötä eri toimijoiden kesken. (Finne-Soveri ym. 2015, 74.)

PoSan muistityössä pyritään katkeamattomaan hoitopolkuun. Miten muistisairasta ja läheistä tuetaan hoitopolulla? Miten toteutuvat muistisaira-an oikeudet?

4 AIEMMAT TUTKIMUKSET

Satakunnan ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen koulutusohjelman opiskelija Kaija Laino tutki yAMK-opinnäytetyössään muistihäiriöpotilaan hoitoketjun kehittämistä Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymässä. Kuntayhtymään perustettiin työryhmä, jonka työn tuloksena käynnistettiin muistihoitajan poliklinikka. Tavoitteena oli parantaa muistipotilaan hakeutumista hoitoon matalan kynnyksen periaatteella ja varhaistaa hoidon aloitusta. Moniammatillista yhteistyötä korostettiin. Hoitosuunnitelman todettiin takaavan hoidon jatkuvuuden. (Laino 2007, 66–67.)

Leena Qvick teki vuonna 2008 Pro gradu-tutkielmansa aiheesta ”Monipuolinen osaaminen ja yhteisöllisyys dementoituvan asiakkaan hyvän hoitotyön perustana”. Hän viittaa työssään Virginia Bellin ja David Troxellin muistisaira-an ihmisen oikeuksiin hyvän hoidon lähtökohtana. Keskeistä on oikeus tutkimuksiin ja hyvään hoitoon, toimintakyvyn säilyttäminen, minäkuvaa tukeva toiminta ja turvallinen ympäristö. Qvick

mainitsee myös ammattitaitoisen henkilökunnan, joka tuntee asiakkaan elämäntarinan. (Qvick 2008, 7.)

Pirkanmaan Metropolia-ammattikorkeakoulun geronomiopiskelija Minna Keronen selvitti muistisairaiden hoitopolkua Pirkanmaalla opinnäytetyössään. Muistisairaiden hoitopolun toimivuus oli opinnäytetyön mukaan alueella kohtalaisen hyvä. Muistisairauksien diagnosoinnin kestossa, muistisairaiden kuntoutuksessa sekä muistisairaiden seurannassa oli eniten puutteita. Pirkanmaan Muistiyhdistys todettiin tärkeäksi osaksi muistityötä. (Keronen 2011, 36–38.)

Katja Helo tutki sosiaalialan yAMK-tutkimuksessaan Metropolia Ammattikorkeakoulussa muistisairaiden kokemuksellista kuntoutusta omaisten kertomana. Kuntoutusta vahvistaviksi tekijöiksi todettiin omaisen jaksaminen, ihmissuhteet, rutiinit ja yhteinen arvomaailma. Sen sijaan tiedon puute, omaisen kokema huoli ja syyllisyys, rutiinin hajoaminen, sosiaalinen eristyneisyys ja muistisairaahan alkoholinkäyttö koettiin heikentäviksi tekijöiksi. Omaehtoinen kuntoutus toteutui omaisen avulla. (Helo 2011, 46–50.)

5 KÄSITTEITÄ

Muistisairas on henkilö, jolla on etenevä ja toimintakykyä heikentävä muistisairaus. Hänellä on sairaudesta huolimatta voimavaroja, mahdollisuuksia ja toivoa. (Laine & Heimonen 2011, 20.)

Hoitopolku, hoitoketju tarkoittaa asiakkaan hoidon etenemistä kotoa hoitopaikkaan ja hoitopaikan sisällä. Se on sairauden hoitamiseksi tarvittavien tutkimusten, toimenpiteiden, hoitokäyntien, kuntoutuksen ja seurannan kokonaisuus. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder 2014, 331.)

Muistihoitaja on etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyt terveydenhuollon työntekijä. Hän toimii lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, taudin-

määrityksessä, hoidossa, ohjannassa ja seurannassa. (www.kaypahoito.fi.) Muistihoitajan keskeiset tehtävät ovat muistisairauksien varhainen tunnistaminen, jatkotutkimuksiin ohjaaminen sekä diagnoosin jälkeinen ohjaus ja seuranta (Hallikainen ym. 2014, 332).

Muistikoordinaattorilla tarkoitetaan ammattihenkilöä, jonka vastuulla on muistiasiakkaan hoidon koordinointi sekä ongelmien ennakointi ja ratkaiseminen yhdessä perheen kanssa kotona asumisen eri vaiheissa. Työparina on lääkäri. (www.kaypahoito.fi.) Muistikoordinaattori työskentelee hoito- ja neuvontatehtävissä. Hän on usein muistisairaahan hoidossa yhteyshenkilö. (Hallikainen ym. 2014, 332.)

6 HOITOPOLKU

6.1 Ehkäisy ja riskitekijät

“Aivot pitävät kantajansa tavoin hyvistä makuelämyksistä, hyvistä tuoksuista, helligimisestä, kosketettavaksi tulemisesta, kauniista maisemista ja elämyksistä, hyvästä musiikista, siis kaikesta siitä, mikä ihmiselle itselle tekee hyvää” (Tavi 2011, 16). Sydänterveydestä on puhuttu vuosikymmeniä ja rinnalle on viime vuosina noussut aivoterveys. Ne ovat lähellä toisiaan. “Kun huolehdit sydäimestäsi, hoidat samalla aivojasi” (Erkinjuntti, Hietanen, Kivipelto, Strandberg & Huovinen 2009, 147).

Muistisairauksien riskitekijöinä mainitaan kohonnut verenpaine, kolesteroli ja verensokeri (Soininen & Kivipelto 2015, 436). Muistiliiton mukaan jokainen näistä kaksinkertaistaa muistisairauden riskin. Jos henkilöllä on kaikki nämä tekijät, on riski jo kuusinkertainen. (Muistiliiton www-sivut 2015.)

Jatkuvasti koholla oleva verenpaine lisää alttiutta sairastua erilaisiin verenkiertosairauksiin ja on siis myös muistisairauksien vaaratekijä. Jo lievästikin kohonnut verenpaine on otettava vakavasti, vaikka se saattaa olla oireeton. Yli 50-vuotiaiden kohdalla on huomioitava erityisesti kohonnut systolinen paine. (Erkinjuntti ym. 2009, 51–52.)

Ikääntyvän yläpaineen nousun aiheuttaa verisuonten seinämien jäykistyminen (Vanhanen 2003, 63).

Verenpaineeseen vaikuttavia tekijöitä ovat perimä ja elintavat. Jälkimmäisiin pyritään vaikuttamaan terveydenhuollossa tehtävällä ennaltaehkäisevällä työllä. Ravinto, liikunta, uni, mieliala ja elintapojen säännöllisyys huomioidaan. Verenpainetta seurataan tarpeen mukaan. Asiakas seuraa usein verenpainettaan kotona, jolloin hoitopaikassa mahdollisesti esiin tuleva jännitys ei vaikuta. Hoitaja laskee tulosten keskiarvon ja ohjaa tarvittaessa lääkärille.

Kolesteroli on ollut viime vuosina kiistelty aihe. Mediassa on varoiteltu kolesterolilääkkeiden haittavaikutuksista ja monet ovat jättäneet lääkkeiden käytön ilman lääkärin suositusta. Kuitenkin sekä Muistiliitto (Muistiliiton www-sivut 2015) että tuorein Muistisairaudet-teos (Tienari, Myllykangas, Polvikoski & Tanila 2015, 113) korostavat, että kolesterolitason kohoaminen keski-iässä ennustaa riskiä sairastua myöhemmällä iällä muistisairauteen. Hoitajien tehtävänä on ohjata asiakkaita ravinto- ja liikuntatottumuksissa, joilla on mahdollista vaikuttaa kolesteroliarvoihin. Lääkityksen aloittaminen ikääntyneiden kohdalla vaatii arvion kokonaisriskistä, johon vaikuttavat mm. perimä, sukupuoli, muut sairaudet ja elintavat sekä HDL- ja LDL-kolesterolin suhde (Erkinjuntti ym. 2009, 147).

Ylipaino keski-iässä siis lisää riskiä sairastua muistisairauteen. Ikääntyneilläkin lihavuus voi nostaa verenpainetta, riski diabetekseen ja sydän- ja verisuonisairauksiin kasvaa ja nivelrikko vaikeuttaa liikkumista. Toimintakyky ja elämänlaatu voivat heiketä. (UKK-instituutin www-sivut.2015.) Nämä tekijät ovat samalla muistisairauden riskitekijöitä. Ikääntyneellä voi kuitenkin uhaksi nousta aliravitsemus, minkä vuoksi painoindeksisuositukset ovat korkeammat kuin nuoremmilla: 24–29 kg/m² (Jyväkorpi 2013, 47).

Edellä kuvattujen sairauksien hyvä hoito sekä hyvät elintavat pienentävät riskiä sairastua muistisairauteen. “Vierivä kivi ei sammaloidu”. Aktiivinen elämäntapa, mielliset harrastukset ja sosiaaliset suhteet hoitavat sekä mieltä että muistia. Yksinasujan riski sairastua muistisairauteen on suurentunut parisuhteessa elävään verrattuna. “Yksinäisyys lievittyy toisen ihmisen läsnäololla, lääkkeillä sitä ei voi parantaa” (Arolinna

2015, 9). Liikunta, hyvä ravitsemus ja uni parantavat kuntoa ja toimintakykyä sekä ehkäisevät sairauksia. Tupakoimattomuus ja alkoholin välttäminen tai ainakin kohtuukäyttö edistävät terveyttä. Tapaturmien, kuten päävammojen ehkäisy on myös tärkeää. Ennaltaehkäisevässä työssään hoitajat ohjaavat asiakkaita ja omaisia löytämään heille sopivat ja mieluisat keinot terveyden edistämiseksi.

6.2 Tunnistaminen ja hoitoonohjaus

Pyrkimys muistioireiden tunnistamiseen on kaikkien ikääntyneiden parissa työskentelevien tehtävä. Läheisiä ja ystäviä tulee opastaa, jotta hekin huomaisivat hälytysmerkit. Unohtelua sattuu jokaiselle, mutta toistuva sovittujen tapaamisten unohtaminen tai vastaanottoaikojen käyttämättä jättäminen on huolestuttavaa. Henkilö saattaa kysellä samoja asioita tai kertoa aiempaa tarinaa yhä uudelleen. Usein asiakas itsekin kuvaa tavaroiden katoamista tai toistuvaa etsiskelyä. Käytännön asioiden hoito ja ohjeiden omaksuminen vaikeutuvat. Uusien laitteiden käytön oppiminen voi olla mahdotonta. Nämä muutokset herättävätkin useimmissa ajatuksen muistiongelmasta, mutta oireet voivat olla myös vaikeammin havaittavia. Asiakkaan käyttäytyminen saattaa muuttua, voi vetäytyä aiemmasta poiketen omiin oloihinsa ja olla aloitekyvytön, masentunutkin. Kielenkäyttö muuttuu joillakin karkeaksi. Voi olla vaikeuksia löytää sanoja tai käytetyt sanat ovat epäasianmukaisia. Saattaa esiintyä epäluuloisuutta ja suoranaista harhaisuutta. Joillakin ensimmäisiä muistisairauden oireita on laihtuminen.

Normaalissakin ikääntymisessä tapahtuu muutoksia kognitiivisissa toiminnoissa yksilöllisessä tahdissa. Uuden oppimiseen ja mieleen painamiseen tarvitaan aiempaa enemmän aikaa. Mieleen palauttaminen on työläämpää, mutta vihjeistä on apua muistamisessa. Mieleen aikanaan painetut tiedot ja taidot säilyvät. Muistin muutokset eivät vaikuta arkielviytymiseen. (Salonoja 2006.) Miten sitten erottaa muistisairauden oire normaalista ikääntymisestä? Ilman tutkimuksia se onkin vaikeaa. ”Alkavan muistisairauden aiheuttamaa heikentymistä on vaikeaa erottaa tiedonkäsittelyn normaaleista hyvänlaatuisista muutoksista” (Soininen & Hänninen 2015, 81).

Turhaa muistitutkimusta ei ole. Jos kaiken todetaan olevan kunnossa, annetaan kuitenkin ohjausta ja keskustellaan asiakkaan ja läheisen kanssa keinoista, joilla muisti ja

toimintakyky jatkossakin pysyisivät yhtä hyvinä. Jos tulevaisuudessa ongelmia syntyy, ovat aiemmat tutkimustulokset vertailupohjana. Joskus muistityötä tekevät hoitajat joutuvat perustelemaan, miksi tutkimukset kannattaisi aloittaa. “Olen jo niin vanha, ettei muistia kannata enää tutkia”. Läheisetkin ovat joskus tätä mieltä. Tai “Kyllä minä tällä muistilla pärjään lopun ikääni”. Varhaisella diagnoosilla pystytään kuitenkin parhaiten vaikuttamaan muistisairauden kulkuun ja etenemiseen. Tavoitteena on pidentää taudin lievimpiä vaiheita ja pidentää kotonaoloaika. (Erkinjuntti & Viramo 2015, 56–57.) Lähtökohtana on kuitenkin asiakkaan oma tahto ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Muistitutkimukset vaativat asiakkaalta yhteistyöhalua. Lääkärin lähetettä ei tarvita. Asiakkaan, läheisen tai hoitajan yhteydenotto ja huoli tilanteesta riittää.

*Veikon puoliso Saima oli jättänyt soittopyynnön. Minulle tuli mielikuva laihasta, hie-
man kumaraisestä miehestä ja pyöreästä, hymyilevästä vaimosta. He kulkivat aina yh-
dessä. Kysyin, mistä Saima oli huolestunut. “No en mie tiijä mut kun se aina öisin
nousee ja välillä hermostuu että keitäs täällä yöllä oikein kävi. Ja sanoi se kerran että
missäs se Saima on vaikka minä olin vieressä.”*

6.3 Tutkimukset

PoSan muistityöryhmässä on määritelty muistiasiakkaan tutkimusten sisältö. Se perustuu muistisairauksien Käypä hoito -suositukseen sekä Satakunnan sairaanhoitopiirin ohjeisiin. PoSan johtava lääkäri Kaija Antola on hyväksynyt ohjeen. Päivityksissä ovat avustaneet PoSassa työskentelevä geriatri Markus Halminen sekä lääkärit Seija Eskelinen ja Paula Hallikas. Muistityöryhmään kuuluvat v. 2016 Merja Eloranta, Leila Penttinen, Riitta Tähtinen ja Päivi Karvanen.

Muistisairautta epäiltäessä otetaan muistilaboratoriokokeet, joihin kuuluvat PVK, Kalium, Natrium, Krea, fB-gluk., Alat, Tsh, Folaatti, S-B12-TC2, P-Ca-AlbK, Lipidit ja Ekg. Tulokset saavat olla korkeintaan vuoden vanhat. Mikäli tuloksissa on poikkeavuutta, harkitaan vaikuttaako se muistitutkimuksiin. Erityisesti alhaisen B12-vitamiini- ja folaattitason on todettu aiheuttavan muistihäiriöitä. Muistioireen takana voi olla myös sokeriaineenvaihdunnan häiriö, kilpirauhasen vajaatoiminta, hyponatremia

tai poikkeava kalsiumarvo. (Herukka & Remes 2015, 355.) Poikkeava tilanne korjataan, mikäli mahdollista, ennen muistitutkimusten jatkamista.

Muistiasiakkaan vastaanoton tai kotikäynnin lähtökohtana on asiakkaaseen ja hänen elämäntilanteeseensa tutustuminen. Läheisen läsnäolo on toivottavaa. Luontevaa on lähteä liikkeelle kuulumisista. Menneestä elämänculusta kysyminen saa asiakkaan yleensä innostumaan. Samalla saadaan käsitys elämänarvoista ja asiakkaalle tärkeistä asioista. Kun saadaan rakennettua luottamusta, voidaan kosketella kipeitäkin asioita. Päästään päivien kulkuun, arjen sujumiseen ja mahdollisiin ongelmiin. Avoimuus on tavoitteena, mutta asiakkaan ja läheisen kanssa keskustellaan tarvittaessa myös kahden kesken.

Käydään läpi asiakkaan laboratoriotulokset, sairaudet ja lääkkeet. Tärkeää taustatietoa on esim. sairastettu aivoinfarkti tai Tia-kohtaukset, jotka voivat aiheuttaa kognitiivisia ongelmia. Aivovammat saattavat aiheuttaa muistioireita. (Juntunen 2008, 92–95.) Sairastettu sydäninfarkti, keuhkosairaudet ja diabetes ovat merkittäviä arvioitaessa muistia (Salonoja 2006). Aivojen muistitoiminnot häiriintyvät haitallisessa alkoholinkäytössä (Juntunen 2008, 99). Akuutissa tulehdustilanteessa muistitutkimuksia ei tehdä. Sydän- ja aivoinfarktin sekä suurten leikkausten jälkeen annetaan asiakkaalle toipumisaikaa 3-4 kuukautta ennen tutkimuksia, koska kyse voi olla ohimenevästä muistin heikkenemisestä. Suurten elämänmuutosten, kuten puolison kuoleman tai aiemmasta kodista muuton jälkeen annetaan aikaa surutyölle ja sopeutumiselle.

Omaisien haastattelussa on työvälineenä ”Muistikysely läheiselle” (Liite 1). Siinä kartoitetaan 23 vaihtoehtokysymyksen avulla muistin, puheen ja havainnon, luonteen ja toimintatavan muutoksia sekä muutosten alkua ja kehitystä. Muutamalla kysymyksellä haetaan tietoa avun tarpeesta sekä muista havainnoista tai huolen aiheista. Kaavake täydentää aiemmin saatuja tietoja ja on hyvänä apuna kirjauksessa. Se toimitetaan myös mahdolliseen jatkotutkimuspaikkaan.

Mielialan kartoitukseen voidaan käyttää geriatriasta depressioasteikkoa (GDS15 tai GDS30 (Liite 2) riippuen kysymysten määrästä). Hoitaja haastattelee asiakasta. BDI-kyselyssä asiakas täyttää vaihtoehtokysymyslomakkeen. Kognitiiviset kyvyt heikke-

nevät masennuksessa yksilöllisesti. Voimakkaassakin masennuksessa muisti voi toimia varsin hyvin, mutta yleensä se kuitenkin heikkenee keskittymiskyvyn ja tarkkaavaisuuden samalla huonontuessa. (Tamminen 2008, 127.) Tilanteesta riippuen masennusta epäiltäessä haetaan asiakkaalle apua ja paneudutaan tilanteen mahdollisesti kohennuttua vasta muistitutkimuksiin.

Muistitesteistä seulontatestinä voidaan käyttää kognitiivisista kyvyistä karkean kuvan antavaa Minimental-testiä, mutta varsinaisesti muistisairautta epäiltäessä käytössä on Cerad-testi. Se koostuu yhdeksästä kognitiivisia osa-alueita kuvaavasta tehtävästä. Erityisesti haetaan tietoa kielellisestä sujuvuudesta, oppimisesta, mieleen palauttamisesta, hahmottamisesta ja toiminnanohjauksesta. Testin avulla voidaan perusterveydenhuollossa arvioida, ovatko lisätutkimukset aiheellisia, otetaanko asiakas seurantaan vai onko todennäköisesti kyse normaalista ikääntymisestä. (www.cerad.fi. 2015.)

Toimintakyvyn arviointiin PoSassa käytetään ADL/IADL-kaavaketta. ADL-toiminnoilla kuvataan henkilökohtaisia toimia kuten ruokailua, peseytymistä, pukeutumista, WC-käyntejä ja liikkumista. IADL-toiminnot ovat päivittäisiä toimintoja: kotitöiden ja asioiden hoito, lääkehuolto, puhelimen käyttö ja liikkuminen kodin ulkopuolella.

Ravitsemusta arvioidaan paino- ja BMI- (painoindeksi) lukemilla. Jos epäillään virheitä aliravitsemusta, voidaan apuna käyttää MNA-kyselyä (Mini Nutritional Assessment). Verenpaine mitataan istuen ja seisten. Alkoholin käytön kartoitukseen on käytössä yli 65-vuotiaiden AUDIT-alkoholimittari.

Perusterveydenhuollossa tehtyjen tutkimusten jälkeen epäiltäessä muistisairautta tehdään lähete Satakunnan keskussairaalaan neurologian poliklinikalle. Mahdollinen diagnoosi tehdään PoSassa viikoittain työskentelevän geriatriin vastaanotolla.

Veikko tuli keppiinsä nojaten, antoi lujasti kättä. Saima jutteli koko ajan, sanoi paikan olevan tuttu terveydenhoitajan vastaanotolta. Kyselin kuulumisia ja talven sujumista. Molemmat olivat säästyneet pahemmalta flunssalta. Saiman sisar oli kuollut ja raskas hautajaismatka tehty Itä-Suomeen. Veikko kertoi kysyttäessä olevansa alun perinkin

satakuntalainen. Hän oli tehnyt päivätyönsä kirvesmiehenä, rakentanut perheen kodinkin omin käsin. Siinä olivat kasvaneet kolme lasta, jotka elivät nyt perheineen Etelä-Suomessa. Kesäisin ja pyhien aikaan sentään vierailivat. Veikon silmät vähän kostuivat heistä puhuttaessa. Ei Veikko paljoa jutellut, katse kääntyi tuon tuostakin Saimaan, jolta juttu luisti.

6.4 Muistihäiriöt ja yleisimmät muistisairaudet

Henkilöllä voi olla tiedonkäsittelyyn liittyviä ongelmia, mutta muistisairautta ei kuitenkaan löydy. Parannettavissa olevia syitä ovat mm. jo aiemmin mainitut B12-vitaamiinin puute, kilpirauhasen vajaatoiminta ja masennus. Ohimenevästi muistia voi heikentää aivoverenkiertohäiriö, jotkut lääkkeet, nautintoaineet tai sekavuustila. (Erkinjuntti ym. 2009, 82–83.) Elämänmuutos voi vaikuttaa paljonkin. Kiire, väsymys ja huonosti nukuttu yö vaikuttavat yleensä ikääntyneen ajatuksenkulkuun huomattavasti. Joskus aistivajeiden korjaaminen – silmälasit tai kuulolaite – kohentaa kognitiivisia toimintoja.

MCI (mild cognitive impairment) tarkoittaa tiedonkäsittelyn lievää heikentymistä, joka mahdollisesti ennakoii etenevää muistisairautta (Soininen & Kivipelto 2015, 443). Muistihäiriöpainotteinen MCI on Alzheimerin taudin riskitila ja asiakkaita on tällöin seurattava tarkasti. Toimintakyky voi näillä henkilöillä olla vielä kohtuullisen hyvä. (Soininen & Hänninen 2008, 108-109.)

Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti (AT), joka on n. 70 prosentilla kaikista etenevää muistisairautta sairastavista (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 119). Sairaus etenee vaiheittain ja oireet saattavat tulla näkyviin vasta vuosien sairastamisen jälkeen. Varhaisen vaiheen jälkeen seuraavat lievän, keskivaikean ja vaikean vaiheen AT. Ensimmäiset oireet ilmenevät yleensä lähimuistin heikkenemisenä; uuden oppiminen vaikeutuu sekä hiljattain kuullut ja tapahtuneet asiat unohtuvat. Asioiden toistelu on tyypillistä. (Erkinjuntti ym. 2009, 88.) Sairauden edetessä arkielviytyminen vaikeutuu ja saattaa esiintyä erilaisia käyttäytymisen muutoksia (Hallikainen 2014, 265).

Aivoverenkierron muistisairaus (VCI, vascular cognitive impairment) on tiedonkäsittelyn heikentymä, jonka aiheuttaa aivoverenkiertosairus. Kyse on oireyhtymästä, joka saattaa ilmetä eri tavoin sen mukaan, millaisia aivomuutokset ovat. Taustalla voi olla esim. suurten tai pienten suonten tauti tai aivoinfarkti. (Erkinjuntti, Melkas & Jokinen 2014, 276.) Sairastuneen muisti voi säilyä pitempään kuin Alzheimerin taudissa, mutta ongelmia voi olla vaurioituneesta alueesta riippuen kielellisessä sujuvuudessa, toiminnanohjauksessa ja hahmottamisessa (Soininen & Hänninen 2008, 112). Yleinen on sekamuotoinen muistisairaus, jossa on mukana Alzheimerin tautia ja verenkierrollista muistisairautta (Remes ym. 2015, 135).

Lewyn kappale-taudissa asiakkaalla on usein kävelyvaikeuksia, jäykkyyttä ja hidasliikkeisyyttä. Vireystila voi heiketä äkillisesti. Tyypillisiä ovat yksityiskohtaiset näköharhat. (Rinne 2015, 165.) Muistin heikkeneminen huomataan ehkä vasta myöhemmin. Kielelliset kyvyt säilyvät, mutta käyttäytymisen muutokset voivat heikentää sosiaalisia taitoja. (Soininen & Hänninen 2008, 112.) Mukana voi olla myös Alzheimerin tautia, jolloin on kyse sekamuotoisesta sairaudesta (Remes 2014a, 269).

Parkinsonin taudin muistisairaus muistuttaa Lewyn kappale-tautia. Tarkkaavaisuuden, hahmottamisen, toiminnanohjauksen sekä myöhemmin muistin heikkeneminen on tyypillistä jo aiemmin ilmenneiden motoristen oireiden lisäksi. Parkinsonin tautia sairastavista 20–40 prosentilla on tämä muistisairaus. (Vataja 2014b, 295–296.)

Otsa-ohimolohkorappeumat alkavat oireilla usein jo keski-iässä. Ensimmäisiä oireita ovat persoonallisuuden muutokset ja kielelliset vaikeudet. Käytös saattaa olla estotonta ja impulsiivista. Muistioireiden esiintyminen vaihtelee, mutta usein ne tulevat näkyviin vasta sairauden edetessä. (Remes 2014b, 282.)

Runsas alkoholinkäyttö voi aiheuttaa kognitiivisia ongelmia ja suoranaisen muistisairaudenkin. Siinä ongelmat painottuvat vaikeuksiin elämänhallinnassa ja arjen sujumisessa. (Vataja 2014b, 297.)

Veikolla todettiin Alzheimerin tauti.

6.5 Hoito ja kuntoutus

Hyvän hoidon tavoitteena on muistisairaahan ja hänen läheistensä hyvinvointi, mielekäs elämä, sairauden etenemisen hidastuminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen (Hallikainen, Nukari & Mönkäre 2014, 18). Hoidon ja kuntoutuksen kulmakivinä voidaan pitää muistisairaahan kohtaamista, lääkkeetöntä hoitoa ja mahdollista lääkehoitoa.

6.5.1 Lääkehoito

Muistisairauksiin käytettävät lääkkeet ovat AKE-lääkkeet (asetyylikoliiniesteraasin estäjät) ja memantiini. AKE-lääkkeet tehostavat kolinergisen järjestelmän toimintaa aktivoimalla aivokuoren hermosoluja. Käytössä on kolme lääkeainetta: donepeziili, galantamiini ja rivastigmiini. Memantiini estää aivosoluille haitallisen glutamaatti-välittäjäaineen liiallista vaikutusta. (Hallikainen 2014, 271.) Lääkemuotoja on tableteista (donepetsiili ja memantiini) ja kapseleista (rivastigmiini ja galantamiini) liuokseen (memantiini) ja laastariin (rivastigmiini) (Hallikainen 2014, 272). Kaikissa lääkkeissä ja lääkemuo-doissa annostelu aloitetaan pienellä määrällä vasteen ja lääkkeen siedon mukaan nostaen (Rinne, Hallikainen, Suhonen, Rosenvall & Erkinjuntti 2015, 466).

Kaikkia edellä mainittuja lääkkeitä käytetään Alzheimerin taudin hoidossa. Parkinsonin taudin ja Lewyn kappaleaudin lääke on rivastigmiini. Lääkkeitä, ensisijaisesti galantamiinia, käytetään myös sekamuotoisessa muistisairaudessa, jossa on AT:n ja verenkierron muistisairauden piirteitä. (Rinne ym. 2015, 455.) Lääkityksen aloittamista ja räätälöintiä on helpottanut se, että osasta muistisairauslääkkeitä saa peruskorvattavuuden ilman Kelan päätöstä. Muutoksen on saanut aikaan rinnakkaisvalmisteiden tulo markkinoille. Kuitenkin geriatriin, neurologin tai psykiatriin tekemä B-lausunto, jonka Kela hyväksyy, varmistaa mahdollisimman hyvän ja yksilöllisen lääkehoidon. (Hallikainen 2014, 271.)

Muistisairauden lääkehoito tulisi aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tavoitteena on oireiden hitaampi eteneminen, vireyden ja aloitekyvyn kohentaminen, toimintakyvyn parantaminen ja käyttäytymisen muutosten lievittyminen. Muisti siinänsä ei ehkä parane lainkaan. (Hallikainen 2014, 271.)

Hoitajien tehtävänä on tukea asiakkaita ja läheisiä lääkehoidon onnistumiseksi. Erityisesti hoidon aloitusvaiheessa on seurattava mahdollisia haittavaikutuksia. Ne saattavat tulla esiin esim. lääkannoksen noston yhteydessä. Silloin on tärkeää, ettei kotona lopeteta lääkitystä omin toimin, vaan otetaan yhteyttä hoitajaan. Jos haittavaikutukset eivät mene ohi, voidaan palata aiempaan siedettyyn annokseen. Motivointia tarvitaan, koska aina ei selkeitä positiivisia vaikutuksia lääkkeestä nähdä, vaan on tyydyttävä siihen, että sairastuneen kognitiivinen taso ja / tai toimintakyky ei huonone.

6.5.2 Lääkkeetön hoito

Me kaikki elämme arkeamme omalla tavallamme. Muistisairaankin arki jatkuu diagnoosin saamisen jälkeen. Siihen kuuluvat liikkuminen, syöminen, peseytyminen ja muu hygieniasta huolehtiminen, pukeutuminen, kotipuuhat, harrastukset, muiden ihmisten tapaaminen, nukkuminen jne. Hoitajat tukevat ja rohkaisevat muistisairasta ja läheistä. Mietitään ja etsitään asioita ja toimia, joihin asiakas pystyy eikä korosteta niitä, jotka eivät suju. Läheisten on tärkeää havaita, että muistisaira on omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukeminen on muistisairauden hoitoa, vaikka aikaa kuluisikin enemmän. Pyritään tukemaan jäljellä olevia voimavaroja.

Muistisairauden toteamisen jälkeenkin voi yleensä jatkaa rakkaita harrastuksia ainakin jossakin muodossa ja ehkä löytää uusiakin. Lukeminen ja käsityöt ovat yleisinä ikään-tyneiden harrastuksina hyvää aivovoimistelua. Erilaiset pelit ja ristikot ylläpitävät muistia. Ajankohtaisia uutisia kannattaa seurata, vaikka niitä ei aina muistaisikaan. Pitkien tarinoiden seuraaminen, vaikeat sanaristikot ja monimutkaiset käsityöt, jotka eivät suju enää entiseen tapaan, voivat turhauttaa. Läheiset ja hoitajat voivat huolehtia siitä, että harrastuksen jatkuminen on mahdollista helpommassa muodossa.

Musiikkia käytetään hyväksi muistisairaiden hoidossa ja kuntoutuksessa yhä enemmän. Muistiasiakkaiden parissa paljon työskennellyt Ava Numminen kertoo: “Olipa eräällä terveyskeskuksen vuodeosastolla Savossa iäkäs muistisairas mummo. Hän oli jo osastolle tullessaan puhumaton. Kuukausienkaan jälkeen häneen ei ollut saatu lainkaan kontaktia. Sattumalta lääkäri tuli kierroksellaan tähän huoneeseen vanhaa virttä

hyräillen. Kuinka ollakaan, mummo yhtyi virteen. Virsi avasi kanavan, jonka avulla mummon kanssa jatkossakin saattoi kommunikoida. Muillekin potilaille tapahtuma oli mieluisa ja lääkäri otti tavakseen laulamisen. Alettiin odottaa, että *millon se meidän lääkäri tuas pittää sen virskierroksen?*” (Numminen 2011, 6.) On totta, että muistisairaat, joiden kommunikaatiokyky on heikentynyt, voivat muistaa rakkaan laulun sanat ja yhtyvät lauluun tai ainakin silmien pilkkeellä tai kostumisella osoittavat, että musiikki koskettaa heitä.

Kulttuurielämykset, kuten taide ja teatteri tukevat yksilön voimavaroja. Ne parantavat mielialaa, tuovat mieleen muistoja ja voivat musiikin tavoin olla tie muistisairaana maailmaan. Harrastus voi toteutua yleisönä tai itse tehden. Usein myös yksinäisyys lievittyy, kun lähdetään muiden joukkoon. (Liikanen 2011, 23-24.) Taidekokemuksilla on aivoja aktivoiva vaikutus. Ihmisillä on muistoja, joihin uudet aistihavainnot liitetään. Kokemus on tavalla tai toisella oman itsen kohtaamista. (Malmivirta 2014, 17.) Hoitajat etsivät ja ehdottavat mahdollisuuksia harrastaa ja kokea erilaisia asioita sen mukaan, mikä asiakasta kiinnostaa.

Muistelu on luontevaa kanssakäymistä muistisairaana kanssa. Sen avulla voi rohkaista lastenlapsiakin isovanhemman seuraan. Valokuvat, vanhat kirjeet ja muut muistot voivat antaa paljon molemmille osapuolille. Muistisairas saa tukea oman elämänsä hahmottamiseen ja identiteettinsä ylläpitoon (Mönkäre 2014, 71). Läheiset ovat koonneet monelle ikäihmiselle oman elämäkertakirjan, joka seuraa mukana mahdollisen asuinpaikan vaihtuessa.

Aivot pitävät liikunnasta. Verenkierto, ravinteiden kulku ja hermosolujen väliset yhteydet paranevat. Mieliala kohenee, unen laatu paranee ja jopa muistikin voi virkistyä. Ryhmäliikunnassa sosiaalinen kanssakäyminen toteutuu. (Härmä 2013, 22–23.) Liikunta parantaa kommunikaatio- ja toimintakykyä muistisairauden kaikissa vaiheissa sekä ehkäisee kaatumisia ja luunmurtumia. Sen on todettu lisäävän elinvuosia eli suojaavan ennenaikaisen kuoleman vaaralta. (Piirtola, Karinkanta, Löppönen, Palvanen & Kannus 2010, 10–11.)

Ikääntyneiden ja etenkin muistisairaiden mahdollisuudet liikuntaan vaihtelevat. Tärkeää on muistaa, että kaikenlainen itsensä liikuttaminen on hyödyksi, on se sitten hyötyliikuntaa, voimistelua, kestävyysliikuntaa tai jotain muuta. Ikääntyneet ovat sukupolvea, josta useimmat ovat tottuneet kovaan työntekoon ja saattavat vierastaa esim. lenkkeilyä tai kuntosalilla käyntiä. He ehkä pilkkovat mielellään puita, lämmittävät tupaa, hoitavat puutarhaa ja marjastavat. Kaikki ovat oivaa liikuntaa, kunhan niitä voi tehdä turvallisesti. Hoitajien tehtävä on etsiä sopivia liikuntamuotoja yhdessä asiakkaan ja läheisten kanssa, kannustaa aloittamaan uutta tai jatkamaan entistä harrastusta.

Hyvä uni on kaikille tärkeää. Valvominen heikentää ajatuksen kulkua ja jaksamista. Muistisairaana huonon unen takana voi olla lukuisia fyysisiä ja psyykkisiä tekijöitä. Joillakin on vaikeaa saada unen päästä kiinni, heräillään pitkin yötä tai liian varhain. Joskus ikäihmisillä on tapana mennä vuoteeseen hyvin aikaisin, jolloin unta riittää vain aamuyön tunneille saakka. Liian pitkät päiväunet aiheuttavat usein yövalvomista. Hoitajien tehtävä on miettiä unettomuuden syitä. Asiakas kärsii ehkä virtsaongelmista, ummetuksesta, nälästä, janosta tai kivusta. Levottomat jalat, uniapnea tai matala verenpaine voivat häiritä unta (Kivelä 2014, 253). Verenpaineen laskiessa yöllä matalalle muistisairas saattaa herätä huonoon oloon ja lähteä liikkeelle, jolloin kaatumisvaara on suuri. Runsas alkoholin nauttiminen sekä pitkälinen nukahtamis- ja unilääkkeiden käyttö aiheuttavat univaikeuksia (Kivelä 2014, 254). Mielipaha, huolet ja masennus voivat valvottaa.

Unettomuutta hoidetaan ensisijaisesti lääkkeettömillä keinoilla. Unettomuutta aiheuttava syy pyritään korjaamaan. Mielekäs toiminta ja liikunta päiväaikaan, illan rauhoittaminen ja rentouttavat rituaalit edistävät muistisairaana hyvää unta. Geriatriksen lääkehoidon professori Sirpa Hartikainen varoittaa unilääkkeiden vaaroista. Ne huonontavat tasapainoa lisäten kaatumisia. Aiheutuu murtumia, pieniä vuotoja aivoissa ja jopa vakavia aivovammoja. Unilääkkeitä tulisi käyttää vain lyhytaikaisesti stressitilanteissa. Vuosien käytön jälkeen lääkkeiden teho heikkenee ja jäljelle jää vain haitat. Vieroitus ei saa tapahtua liian nopeasti. Esimerkkinä Hartikainen mainitsee, että 6-7 vuoden käytön jälkeen lääkettä puretaan vähitellen jopa 1.5-2 vuotta. (Hartikainen 2013.) Melatoniini on turvallisin valmiste unettomuuden hoidossa. Siitä saattaa olla apua erityisesti niille, joilla on vaikeuksia päästä uneen ja/tai jotka heräilevät öisin. (Kivelä 2014, 254.)

Hyvä ravitsemus on osa muistisairauden lääkkeetöntä hoitoa. Yksinkertaisimmillaan sitä arvioidaan mittaamalla paino ja BMI sekä keskustelemalla ruokailutottumuksista. MNA-kyselyllä selvitetään mahdollista virheravitsemusta. Muistisaira on tärkeää nauttia runsaasti proteiineja ja energiaa sisältäviä aterioita, joiden väli ei saa olla liian pitkä. (Jyväkorpi 2013, 49.) Ummetus on muistisairaille yleinen vaiva johtuen liian vähäisestä kuidun ja nesteen määrästä sekä liikunnan puutteesta. Liian vähäinen juominen voi johtaa myös verenpaineen laskuun ja sitä kautta kaatumisiin. (Suominen 2014, 246–247.) Vitamiineista on huomioitava erityisesti D-vitamiini. Yli 60-vuotiaille suositellaan sitä 20 mikrogrammaa vuorokaudessa ympäri vuoden. Se vahvistaa luustoa ja parantaa tasapainoa. (Jyväkorpi 2013, 45.) Ravitsemushoitoon kuuluu myös suun terveydentilasta huolehtiminen. PoSan hoitajat voivat tehdä lähetteen suuhygienistille.

Alkoholin käyttö saattaa heikentää muistia ja keskittymiskykyä jo pieninäkin määrinä. Humalatila altistaa vaaroille. Veren alkoholipitoisuus kohoaa ikääntyneellä suuremmaksi kuin vastaavalla määrällä työikäisellä. Riskejä arvioitaessa on huomioitava kunto, sairaudet ja lääkitys. (Aira 2010, 14–15.) Jos riski arvioidaan vähäiseksi, voidaan muistisairaskin silloin tällöin nauttia ruuan kanssa pienen lasin viiniä. Tupakan haitat ja aiheuttamat vaaratilanteet sen sijaan lienevät kiistattomat. Hoitajien on tuotava rohkeasti päihteiden aiheuttamat vaarat esiin ja kerrottava erilaisista tukimuodoista, jotka auttavat ongelmakäyttäjiä.

Muiden ihmisten seura on useimmille meistä hyvin tärkeää. Muistisaira verkoston muodostavat läheiset, ystävät ja tuttavat sekä mahdollisesti erilaiset harrastusryhmät. Tuttavien tapaaminen vaikkapa liikuntaryhmässä on luontevaa yhdessäoloa. Hoitajien tehtävä on kannustaa ja rohkaista ystävien tapaamiseen. Muistelu tai yhteiset harrastukset voivat antaa paljon molemmille osapuolille. Vertaistukiryhmissä voidaan jakaa ajatuksia ja kokemuksia sekä saada uusia näkökulmia (Mönkäre 2014, 81).

Eläimet ovat kuuluneet useimpien ikäihmisten elämään. Monet ovat kotoisin maaseudulta, jossa aikanaan on ollut kotieläimiä lähes joka talossa. Eläimet tuovat mieleen muistoja ja helpottavat tutustumista toisiin ihmisiin. Jos muistisairas pystyy huolehtimaan lemmikistään, on se hyvää muistiharjoittelua. Eläimen osuutta seuranpitäjänä ei voi vähätellä.

Muistisairausdiagnoosin saaneet kutsutaan puolen vuoden sisällä ensitietopäivään. Tilaisuudessa sairastuneet ja läheiset saavat tietoa muistista, muistisairauksista, hoidosta ja palveluista. Myös kolmannen sektorin toiminnasta kerrotaan. Paikallisen muistiyhdistyksen ja PoSan yhteistyönä kokoontuu kuukausittain Kankaanpäässä ja Siikaisissa muistikahvila, jonka osallistujat kuulevat muisti- ja muuta ikääntyviä koskevaa asiaa. Tilaisuuksissa käydään innokasta keskustelua monenlaisista kiinnostavista aiheista. Kankaanpäässä on yhdistys myös omaishoitajille. Kaikissa PoSan kunnissa on vireää eläkeläistoimintaa.

Lääkitys aloitettiin ja se tuntui sopivan. Eniten huolestutti Veikon liikuntakyvyn heikkeneminen, askel oli matalaa ja töpöttävää. Kaatumisiakin oli sattunut. Veikko oli koti-ihminen, ei puhettakaan kuntoutusjaksosta tai liikuntaryhmästä. Saimasta ei pahan reumansa vuoksi ollut lenkkikaveriksi. Ystäväpalveluun Veikko onneksi suostui ja kolmesti viikossa tehty lenkki rollaattorin avulla mukavassa seurassa piristi mieltä ja voimisti lihaksia. Ystävä oli musiikkimiehiä ja sai Veikon innostumaan vanhasta harrastuksestaan, hanurinsoitosta. Saiman kanssa pelattiin korttia. Veikon virkistyminen sai hänet lähtemään jopa kerran kuussa muistiyhdistyksen järjestämään kahvilaan. Molemmat saivat sieltä uusia tuttavlia ja vertaistukea.

6.5.3 Muistisairaahan kohtaaminen

Vuorovaikutus muistisairaahan kanssa on osa hyvää hoitoa. Kohtaamisen perustana ovat arvostaminen, kunnioitus ja luottamus kuten ihmisten välisessä kanssakäymisessä muutenkin. Hoitajat tarvitsevat tietoa muistisairauksien aiheuttamista muutoksista kohdatakseen asiakkaitaan erilaisissa tilanteissa. (Mönkäre 2014, 85.)

Muistisairaus vaikuttaa ihmisen kykyyn kommunikoida muiden kanssa. Puheena oleva asia saattaa unohtua, oikeita sanoja ei löydy ja toisen puheen ymmärtäminen vaikeutuu. Kontaktien tarve ei kuitenkaan vähene. Niinpä sanattoman viestinnän merkitys kasvaa. On tärkeää seurata asiakkaan ilmeitä, eleitä ja äänenpainoja pystyäksemme tulkitsemaan häntä. (Peltonen 2013, 12.)

Muistisairaahan kohtaamiseen ohjaava amerikkalainen validaatiomenetelmä on Suomessa saanut nimen TunteVa-toiminta. Kehittämisestä ja koulutuksesta on vastannut Tampereen Kaupunkilähetys ry. Malli auttaa ymmärtämään muistisairaahan maailmaa ja ohjaa vuorovaikutusta tukemaan asiakasta. Perusajatuksina ovat muistisairaahan arvokkuuden ja ihmisarvon säilyminen sairauden etenemisestä huolimatta. Hänellä on tunteet ja tarpeet kuten muillakin ihmisillä. Sanomisilla ja tekemisillä on tarkoitus. Tunteet ovat totta eikä niitä pidä mitätöidä eikä ohittaa. Kun kuulemme tunteen ja otamme sen vakavasti, pidämme asiakastamme tasa-arvoisena kanssamme. (Kämäräinen 2011, 2-4.)

Logoterapeuttinen ajattelu ohjaa hoitajia vuorovaikutustilanteissa. Hoitajilla on vaihtoehtoja asennoitumisessaan työhön ja asiakkaisiin, mutta samalla myös vastuu valinnoistaan. (Laine & Heimonen 2011, 8.) Validaatiomenetelmän tapaan korostetaan ihmisarvoa, mutta myös elämän ainutkertaisuutta. Muistisairauteen sairastumista kuvataan uuden alkuna. Elämä jatkuu toisenlaisena kuin ennen. Nostamalla esiin elämän tärkeitä asioita ja löytämällä voimavaroja selvittää uusista haasteista muiden ihmisten tuella. Muistisairas on ainutlaatuinen ihminen ja hänellä on oikeus olla juuri sellainen kuin on. (Laine & Heimonen 2011, 20–21.)

Muistisairaahan vakaumusta tulee kunnioittaa. Jotta saisimme siitä tietoa, kuuntelemme asiakkaan elämänkulkua ja -arvoja. Sairauden olemassaolo usein lisää hengellisiä tarpeita. Mietitään elettyä elämää ja elämän tarkoitusta. Tieto asiakkaan vakaumuksesta voi olla avain hänen mielenmaailmaansa. Uskonnon harjoittamiseen tulee antaa tilaisuus. Se voi olla elämän kantava voima ja turvallisuutta lisäävä tekijä. (Kivikoski 2012, 15–16.)

Asiakaspalvelutilanteessa huomioidaan siis asiakkaan vuorovaikutustaidot ja sairauden vaikutus niihin. Tukemalla asiakasta kommunikointiin hoitaja osoittaa myös hyväksyntää. Ystävällisellä ja rauhallisella käytöksellä asiakasta kannustetaan avautumaan ja saamaan jäljellä olevat kyvyt käyttöön. Kiireettömyys on tärkeää. Annetaan asiakkaan puhua rauhassa, jolloin syntyy luottamusta ja saadaan aikaa tarkkailla tutkittavan persoonaa ja nonverbaalista viestintää. Puhutaan rauhallisesti ja riittävän kuuluvasti. Huolehditaan, että asiakas näkee ja kuulee mahdollisimman hyvin. Muistute-

taan asiakasta ja läheistä mahdollisesta kuulolaitteesta ja silmälaseista vastaanottoajasta sovittaessa. Varataan vastaanotolle Hörat-laite ja silmälaseja. Kuuroja henkilöitä tutkittaessa ja tavattaessa voidaan pyytää viittomakielen taitava muistiasiantuntija maksutta Kuurojen palvelusäätiöstä. Ollaan kiinnostuneita asiakkaan elämänhistoriasta, elämänarvoista ja hänelle tärkeistä asioista. Kunnioitetaan keskustelussa asiakkaan yksilöllisyyttä. Kohdataan tasapuolisesti sekä asiakas että läheinen osoittaen kysymyksiä molemmille. Molemmille annetaan mahdollisuus myös kahdenkeskiseen keskusteluun. Kirjataan perusteellisesti vastaanoton kulku ja omat huomiot, jotta kirjaus palvelisi osaltaan hoidon toteutumista laadukkaasti.

Olimme Veikon kanssa jo sinuja. Tapasimmehan seurantakäynneillä ja muistikahvilassa. Pikkuhiljaa puhetta alkoi tulla enemmän ja huumoriakin löytyi. Veikko oli sodan käynyt mies ja arvosti sitä, että sai kertoa niitäkin tarinoita. Kotihoidon hoitajat kävivät pesemässä Veikon viikoittain, onneksi hän pystyi itse pukeutumaan ja WC-käynnitkin sujuivat omatoimisesti. Saima näytti aina iloiselta eikä koskaan näyttänyt väsymystään. Kunpa saisin Veikon vielä päivätoimintaan!

6.5.4 Haasteellinen käyttäytyminen

Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen on merkittävä sairastuneen elämänlaatua ja hyvinvointia heikentävä tekijä. Se voi uuvuttaa läheisen ja hoitajat sekä aiheuttaa kotona asuville riskin joutua laitoshoidon. Sitä esiintyy jopa 90 prosentilla muistisairaista missä sairauden vaiheessa tahansa, mutta yleisimmin keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Se voi olla ohimenevää tai jatkua vuosia. Hoito on tarpeen, jos haasteellinen käyttäytyminen rasittaa muistisairasta, läheistä, asuintovereita tai hoitajia tai aiheuttaa vaaratilanteita. (Koponen & Vataja 2015, 474.)

Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen on merkki huonosta olost. Kun hoitaja huomaa tällaista käytöstä, tulee miettiä syytä. Se voi olla somaattinen kuten kipu, tulehdus tai matala verenpaine. Pienikin muutos huonompaan päin näkyy, koska muistisairaalla selviytymisen keinot ovat heikentyneet. (Heiskanen-Haarala 2010, 26–27.) Ympäristön ilmapiiri ja muiden ihmisten käyttäytyminen vaikuttavat haasteellisen käyttäytymisen ilmenemiseen. Kiire, melu ja yhtenään vaihtuvat hoitajat altistavat

sille. Epäkunnioittava, töykeä tai pakottava suhtautuminen ovat myös riskitekijöitä. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2007, 14.) Virginia Bellin ja David Troxellin mukaan keskusteltaessa muistisairaansa kanssa ei saisi olla taustamelua ja äänensävyyn tulee kiinnittää huomiota (WandeWeerd, Paveza, Estefan & Corvin 2014).

Haasteellinen käyttäytyminen voi ilmetä mm. masennuksena, apatiana, ahdistuneisuutena, levottomuutena, ärtyisyytenä, harhoina, tavaroiden kätkemisenä, kuljeskeluna, estottomuutena, häiritsevästä seksuaalisesta käyttäytymisestä tai uni-valverytmin muutoksina (Hallikainen 2014, 45). Syy pyritään selvittämään ja hoidossa pyritään lääkkeettömyyteen. Muistisairaansa kohtaaminen on avainasemassa. Jos esim. somaattiseen syyhyn tai ympäristöön pystytään vaikuttamaan, ei ehkä lääkettä tarvita. (Vataja 2014, 58.) Apuna arvioitaessa haasteellista käyttäytymistä voidaan käyttää Cornellin masennusseulaa (Liite 3). Siinä läheinen tai hoitaja kuvaa asiakkaan käytöstä edeltäneen viikon ajalta. Arvioidaan mielialaa, käyttäytymiseen ja vuorokausirytmiin liittyviä oireita. Huomioidaan ruumiilliset oireet sekä vääristyneet mielikuvat.

Lääkettä valittaessa tulee tarkistaa, onko muistisairauslääkitys käytössä ja ajan tasalla. Kyseiset lääkkeet tehoavat kohtalaisen hyvin apatiaan ja levottomuuteen. Niitä voidaan käyttää haasteellisen käyttäytymisen hoitoon myös muistisairauksissa, joihin ei muuten lääkkeitä käytetä, kuten aivoverenkierron muistisairauteen. Muita käytettäviä lääkkeitä käyttäytymisen muutosten mukaan ovat masennus-, psykoosi- ja epilepsialääkkeet. Rauhoittavia lääkkeitä, kuten bentsodiatsepiineja pitäisi välttää. Ne voivat etenkin pidempään käytettyinä lisätä kognitiivisia oireita ja heikentää tasapainoa. (Vataja 2014a, 59–61.)

Muistisairauteen liittyvä haasteellinen käyttäytyminen on yleisin syy ottaa yhteyttä muistikoordinaattoriin tai -hoitajaan. Ensitetietoa annettaessa on tärkeää kertoa, että kyseistä käyttäytymistä voi liittyä muistisairauteen, mutta sitä pyritään hoitamaan. Rohkaistaan läheisiä ja hoitajia ottamaan yhteyttä ongelmatilanteissa. Vuorovaikutuksesta ja kohtaamisesta on myös annettava tietoa, jotta haasteellista käyttäytymistä voitaisiin ehkäistä ja näin parantaa asiakkaan ja läheisen elämänlaatua.

En ollut tuntea Saiman ääntä, mutta itkunpyrskähdyksen välissä sain puhelimesta selkoa, että Veikko ei ollut illalla rauhoittunut millään nukkumaan ja syyttänyt Saimaa

vaikka mistä. Oli vielä sanonut, ettei tunne Saimaa ollenkaan, mikä lie naisihminen. Rauhoittelin Saimaa, kertoihan lääkäri ensitietopäivässä, että tällaista muistisairauteen kuuluvaa ikävääkin käytöstä voi joskus tulla ja seurantakäynneilläkin siitä on ollut puhetta. Kyselin voisiko jotain vaivaa olla. Verenpaine laski joskus kovin alas, pyydettiin kotihoidon hoitajaa tarkistamaan sen käydessään. Geriatria pyydettiin tarkistamaan lääkitys ja saatiin tilanne rauhoitettua.

6.6 Muistisairaahan seuranta ja kuntoutus

Jokaiselle muistiasiakkaalle pitäisi laatia yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma (www.kaypahoito.fi). Suunnitelma laaditaan kokonaisvaltaiseen arviointiin perustuen moniammatillisesti siten, että asiakas ja hänen läheisensä hyväksyvät sen. Tarkoituksena on tukea fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä. Oman elämän hallintaa pyritään edistämään ja tukemaan selviytymiskeinoja sairauden eri vaiheissa. (Pitkälä & Laakkonen 2015, 495.)

Käypä hoito -suosituksen mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa tarkistetaan 6-12 kuukauden välein. Siihen sisältyy lääkityksen tarkistus, oheissairauksien hoito, muistisairauksien vaaratekijöiden hoito, yksilöllisesti räätälöidyt palvelut, haasteellisen käyttäytymisen hoito, ajoterveyden ja -turvallisuuden arviointi, ravitsemustilanteen arviointi, etuuskien päivitys, edunvalvonnan tarpeen arviointi, hoitotahto, läheisten tukeminen ja näihin kaikkiin liittyvä ohjaus ja neuvonta. (www.kaypahoito.fi.)

Ikääntyneiden PoSan asiakkaiden muistisairausdiagnoosi tehdään PoSan geriatriin vastaanotolla. Geriatriin suunnitelmassa annetaan ohjeet mahdollisesta lääkehoidosta, lääkkeettömästä hoidosta ja tulevasta kontrolliajankohdasta. PoSan vuodeosastoilla järjestetään geriatriasia arviointi- ja kuntoutusjaksoja. Arviointijakso järjestetään tarpeen mukaan ennen varsinaista kuntoutusjaksoa, jolla toteutetaan kuntoutusta asiakkaan tilanteen mukaan eri ammattiryhmien arvioiden pohjalta. Lähetteitä jaksoille tekevät lääkärit ja muistikoordinaattori. Asiakas läheisineen voidaan ohjata myös sopeutumisvalmennus- tai omaishoitajien parikurssille.

PoSassa muistisairausdiagnoosin jälkeen geronomi tai muistikoordinaattori soittaa 1-3 kk:n kuluttua asiakkaalle ja/tai läheiselle etenkin, jos on aloitettu muistisairauslääkitys. Tiedustellaan vointia ja lääkkeen sopivuutta. Kontrollikäynti muistikoordinaattorilla tai -hoitajalla on ½ - 1 vuoden kuluttua. Alusta pitäen huolehditaan siitä, että läheisellä ja asiakkaalla on käytettävissä yhteystieto, jonka kautta saa tarvittaessa apua ja neuvoja.

Kun Veikko kuuli, että hän pääsee Saiman kanssa jaetulle veteraanikuntoutusjaksolle, muuttui ääni kellossa. "Siellähän voi olla tuttujakin". En ollut vain osannut vetää oikeasta narusta, kun olin patistanut Veikkoa yksin erilaisiin toimintoihin. Kotona lääkkeetön hoito toteutui varsin hyvin: liikuntaa, musiikkia, muistelua, kortinpeluuta ja pieniä kotipuuhiä. Saima ei oman kuntonsa vuoksi pystynytäkään passaamaan, mutta ilmapiiri kodissa oli hyvä. Ateria- ja siivouspalvelu toimi.

6.7 Erityiskysymyksiä

Perustuslaki turvaa kansalaisille itsemääräämisoikeuden. Siihen sisältyy ajatus kyvykkyydestä. Muistisairaana kohdalla pitäisi pyrkiä kohtaamiseen ja viestintään, joka tukee hänen toimintakykyään. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu myös oikeus tehdä itseään koskevia päätöksiä. Sitä varten asiakas tarvitsee tietoa asioista ja hoitoa, joka tukee hänen kognitiivisia kykyjään mahdollisimman pitkään. Kolmanneksi tarvitaan resursseja ja kykyä saattaa päätös toimeksi. Siihen tarvitaan usein muiden apua. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu myös yksityisyyden suojaaminen. Asiakkaan tulee saada itse päättää, mitä hänen asioistaan saa kertoa. (Topo 2012, 9.)

Muistisairaana kohdalla on muistettava, että itsemääräämisoikeus tarkoittaa sekä nykyisiä että aiemmin ilmaistuja toiveita. Sairauden edetessä päätöksentekokyky vähitellen heikkenee. Ajankohtaiseksi tulee suojaamisen periaate, joka tarkoittaa muistisairaana oikeutta saada suojaa sekä hänen itsensä että ulkopuolisten aiheuttamia oikeudenloukkauksia vastaan. (Nikumaa 2014, 171–172.)

Muistisairaana hoitaja on usein ristiriitaisessa tilanteessa miettiessään, missä kulkee itsemääräämisoikeuden ja suojaamisen periaatteen raja. Sairastunut saattaa vastustaa

hoitotoimia ja apua. Hoitajat kuvaavat usein pesutapahtumaan liittyviä ongelmia. Herrää kysymys, voidaanko asiakas jättää pesemättä hänen niin halutessaan. Aina ei voida, mutta joka kerta tulee miettiä, miten asia ratkaistaan niin, että pakkokeinoja ei tarvitse käyttää.

Muistihoidajan tehtäviin kuuluu edunvalvontavaltuutuksesta kertominen. Kyseisellä toimenpiteellä henkilö valtuuttaa haluamansa henkilön hoitamaan asioitaan tilanteessa, jolloin ei pysty sitä itse tekemään. Valtuutus koskee useimmiten taloudellisia asioita, mutta mahdollisesti myös terveydellisiä seikkoja. Edunvalvontavaltuutus tulisi tehdä aikana, jolloin henkilö on terve. Valtuutus tulee tarvittaessa voimaan, kun maistraatti on sen vahvistanut. (Nikumaa 2014, 176.)

Hoitotahdolla kerrotaan toiveet hoidosta ja hoivasta. Sekin tulisi laatia hyvissä ajoin, mutta viimeistään muistisairauden lievässä vaiheessa. Suullisestikin ilmaistu hoitotahto on pätevä, mutta kirjallisesti laadittu on helpompi todentaa ja siten käytännössä varmempi. Hoitotahtoon voidaan liittää myös hoivaa koskevia toiveita tai laatia erillinen elämänlaatutestamentti. (Nikumaa 2014, 172–173.)

Edunvalvontavaltuutuksesta ja hoitotahdosta kertominen vaativat rohkeutta. Hoitaja saattaa pelätä asiakkaan ja läheisen reaktiota. Onko tilanne niin toivoton, että tällaiset toimenpiteet ovat ajankohtaisia? Tärkeää on korostaa, että kyseessä on tulevaisuuteen varautuminen ja itsemääräämisoikeuden turvaaminen. Puheeksi otto ei koske vain muistisairaita kohtaavia vaan kaikkia terveydenhuollon työntekijöitä.

Muistisairauden edetessä ajankohtaiseksi tulee ajokyvyn arviointi. Lääkärin on ilmoitettava poliisille, mikäli asiakas ei täytä ajokortin myöntämisen edellytyksenä olevia terveysvaatimuksia (Nikumaa 2014, 183). Tilanne on usein haastava hoitajalle. Asiakas ei ehkä tiedosta ajokyvyn heikentyneen. Ajokortti on elintärkeä monelle asioiden hoitamiseksi. Usein muistisairauden ja mielialan hoidolle tärkeät sosiaaliset suhteet vähenevät, jos liikkuminen vaikeutuu. Joskus jopa kieltäydytään muistihoidajan vastaanotosta, koska pelätään ajokortin menetystä.

Erityisesti yksin asuvilla muistisairailla on riski joutua kaltoin kohdelluiksi. Se voi ilmetä mm. fyysisenä tai psyykkisenä väkivaltana, hoidon ja avun laiminlyöntinä, taloudellisena hyväksikäyttönä tai ihmisarvoa alentavana kohteluna. Siihen syyllistyvää voi olla läheinen ihminen, hoitaja tai viranomainen. (Nikumaa 2014, 181–182.) Muisti- ja muiden hoitajien tehtävänä on tarkkailla mahdollisia merkkejä kaltoinkohtelusta. Siihen ei ole helppo puuttua, mutta hoitaja on erityisesti yksinäisen muistisaira-an asianajaja. Haastetta tuo sekin, että aina ei voi olla varma asiakkaan puheen todenperäisyydestä. Joskus on kyse harhoista. Näitä asiakkaita onkin usein tavattava normaalia muistikontrollia useammin.

Hoitotahdosta ja edunvalvontavaltuutuksesta puhuttaessa Veikko sanoi, että ei kai tässä vielä niin huonokuntoisia olla. Selitin, että ne pitäisikin tehdä ennen kuin kovin sairaita ollaan, monet nuoremmatkin tekevät. Onneksi pariskunnan lapset olivat pohjustaneet asiaa ja ne saatiin hoidettua. Ajokortti oli vaikeampi asia. Veikko oli ajanut rikkeitä kuusikymmentä vuotta ja kertoi sen topakasti. Saimallakin kyllä oli kortti, mutta ymmärsin kyllä, että kortti oli merkittävä Veikon itsenäisyydelle ja miehisyydelle. Lääkäri passitti Veikon ajokokeeseen, jonka hän selvitti kunnialla. Seuraavana vuonna geriatri katsoi, että ajaminen ei ole enää turvallista. Veikko oli jo jollain lailla kypsynyt ajatukseen, mutta ei malttanut olla tokaisematta: ”Menisivät kyttämään noita kaahareita”.

6.8 Asumis- ja laitospalvelut

Suurimmalla osalla ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa olevilla iäkkäillä on muistisairaus jo pitkälle edenneenä. Kotona asuminen päättyy yleisimmin haasteelliseen käyttäytymiseen tai siihen, ettei asiakas tule yksinasujana enää toimeen. Omaishoitajan väsyminen tai sairastuminen sekä hoito- ja palvelujärjestelmän puutteellinen toiminta jouduttavat myös pitkäaikaishoitoon siirtymistä. (Suhonen ym. 2008, 18.)

Hoitajilta vaaditaan ympärivuorokautisessa hoidossa tietoa kognitiivisista muutoksista sekä muistisaira-an kohtaamisesta. Lääkkeetön hoito on ensisijaista, mutta myös lääkahoitoa tarvitaan. Psykykenlääkityksen tarve tulee arvioida vähintään kolmen kuukauden välein. Rajoitteita, kuten sitomista, ei pitäisi käyttää. Jos siihen kuitenkin päädytään,

tarvitaan lääkärin lupa ja asukkaan on oltava jatkuvasti henkilökunnan valvonnan alaisena. Liikunnallista kuntoutusta tulee jatkaa, vaikka muistisairaus olisi pitkällä. Se vaikuttaa kognitioon, fyysiseen toimintakykyyn ja haasteellisen käyttäytymisen esiintymiseen. (Suhonen ym. 2008, 18.)

Veikko ei ollut halukas intervallijaksoille eikä Saima hennonut häntä painostaa. Eräänä syksynä asia meni eteenpäin kuin luonnostaan. Saima joutui viikoksi sairaalaan eikä Veikko voinut olla kotona yksin.. Kotiinkuntoutusyksiköstä järjestyi paikka. Sieltä Veikko kävi päivätoiminnassakin ja tapasi kaksi muistikahvilatuttua, veteraaneja hekin. Näin saatiin hienosti vähennettyä ennakoluuloa päivätoimintaa ja intervallijaksoja kohtaan. Ne saatiin pyörimään, mikä olikin välttämätöntä, koska Saima oli toipilas ja uupumisen merkkejä oli jo muutenkin näkynyt.

6.9 Saattohoito

Toivottavaa on, että muistisairas voi asua samassa hoitopaikassa elämänsä loppuun saakka. Saattohoitovaiheen lähestyessä muistisairaana, läheisten ja hoitohenkilökunnan tulisi keskustella yhdessä tilanteesta. Yhtä ainoaa oikeata tapaa ei ole. Jos on olemassa hoitotahto, sen sisällöstä pitäisi keskustella. Päätöksen saattohoitovaiheen aloittamisesta tekee hoitava lääkäri. Asukkaan hyvinvoinnista huolehditaan kaikin mahdollisin tavoin ja ollaan läheisten tukena. (Nukari, Lotvonen & Rosenvall 2014, 213.)

Saattohoidon tavoitteena on taata hyvä elämä kuolemaan saakka. Siinä korostuu läsnäolo. Tärkeää on avoimuus ja kuolevan kunnioittaminen. Toiveita ja pelkoja kuullaan. Kertomalla sairauden kulusta ja hoidosta pyritään hälventämään pelkoja. Pienellä toiveella voi olla suuri merkitys. (Ackerman 2014, 7.)

PoSassa toimii kotisairaala, jonka potilaista suuri osa on saattohoidossa. Hoitokotien ja vuodeosaston hoitajat ovat saaneet koulutusta kuolevan potilaan kohtaamisesta ja hoidosta. Asianmukaiset tilat pystytään tarvittaessa järjestämään ja läheiset voivat olla mukana.

6.10 Läheiset

Muistisairauden toteaminen ja eteneminen saattaa koetella sairastuneen ja läheisen suhdetta. Siinä vaiheessa läheisen tulee saada tietoa sairauden vaikutuksista käyttäytymiseen ja tunne-elämään. Muistutetaan, että kyse on sairaudesta. (Mönkäre 2014, 163.) TunteVa-toimintamalli ohjaa myös läheistä. Muistisairauden edetessä hänen roolinsa muuttuu. Hoivaaminen, asioiden hoitaminen ja vastuu lisääntyy. Muistisairaahan käyttäytymisen havainnointi sekä tunteiden ja tarpeiden tunnistaminen auttaa arjen tilanteissa. (Kämäräinen 2011, 18.)

Omaishoitajan avulla muistisairas voi asua kotonaan pitempään kuin muuten olisi mahdollista. Muistisairaahan omaishoitaja on useimmiten puoliso, joskus myös lapsi. Omaishoitajuus saattaa alkaa huomaamatta, koska ohjauksen ja avun tarve kasvaa vähitellen. (Lotvonen, Rosenvall & Mönkäre 2014, 217.)

Parisuhteessa seksuaalinen kanssakäyminen säilyy muistisairauden lievässä vaiheessa usein ennallaan, mutta sairauden edetessä se saattaa vähentyä. Hellyyden tarve ja sen osoittaminen sen sijaan usein lisääntyy. Muistisairas ei aina kykene huomioimaan puolisoa toivotulla tavalla, joten tiedon ja tuen antaminen tilanteessa on hoitajien tehtävä. (Eloniemi-Sulkava & Mönkäre 2014, 70.)

Muistisairaahan siirtyessä tehostettuun palveluasumiseen tai laitoshoitoon läheisen rooli muuttuu jälleen. Hän on tärkeä linkki asiakkaan ja hoitajien välillä. Omaishoitajan saattaa olla vaikea irrottautua entisestä roolista. Hoitajien on hyvä korostaa, ettei läheisellä ole velvollisuuksia hoidon suhteen, mutta hänellä on kuitenkin edelleen tehtävänsä niin halutessaan. (Kotiranta 2009, 23.) Läheisten ohjaaminen vuorovaikutuksessa ja tiedon antaminen muistisairauden etenemisen aiheuttamista muutoksista korostuu sairauden edetessä.

Saattohoidossa läheisillä on tärkeä, paljon vaativa tehtävänsä. He tuntevat rakkaansa parhaiten ja voivat tuoda hoitajille tietoa asiakkaan toiveista ja peloista. Kommunikointi saattaa vaikeutua. Voimme kertoa läheisille sanattoman viestinnän ja kosketuk-

sen merkityksestä silloin, kun muita keinoja ei enää ole. “Käsi ottaa vastaan syntymässä, ja se voi hieroa jopa kuoleman portin läpi”, sanoo viestintäkouluttaja, ratkaisukeskeinen valmentaja ja muistikouluttaja Ritva Enäkoski (Ketola 2011, 15).

Veikko oli sairastanut kevään mittaan kaksi keuhkokuumetta. Levottomuus iltaa kohti lisääntyi ja liikkumiskyky heikkeni vähitellen. Erään intervallijakson jälkeen hän ei voinutkaan enää palata kotiin vaan tarvitsi sairaalahoitoa. Kolmas keuhkokuume oli kohtalokas. Saima olisi halunnut hoitaa häntä kotona, mutta voimat eivät kotisairaalan työntekijöiden avulla riittäneet. Vuodeosastolla järjestettiin kaunis ja rauhallinen saattohoituhuone. Viimeiset päivät sattuivat pääsiäisviikolle ja lapsetkin pääsivät käymään. Veikko nukkui rauhallisesti pois rakkaidensa ympäröimänä.

Opinnäytetyössä esiintyvä pariskunta on kuvitteellinen.

7 HOITOPOLUN ARVIOINTI

Jotta en arvioisi hoitopolun toteutumista PoSassa vain omasta näkökulmastani, kysyin muutamalta pitkään muistisairaiden parissa työskenneeltä hoitajalta johtoryhmän suullisella luvalla, mitä ajatuksia muistisairaana oikeudet heissä herättävät ja miten ne toteutuvat heidän asiakkaidensa kohdalla. Hoitajien kommentit ovat kursivoituna.

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus diagnoosiin ja tietoon sairaudestaan. PoSan alueella asiakas pääsee halutessaan tutkimuksiin. Muistioireisella ei kuitenkaan ehkä ole kykyä hakeutua niihin. Läheisillä ja hoitohenkilökunnalla on vastuu hoitoonohjauksessa. Siksi tietoa pyritään jakamaan aktiivisesti hoitokontakteissa, koulutuksissa ja yleisötilaisuuksissa. Diagnoosin tekee PoSan geriatri. Se madaltaa kynnystä lähteä jatkotutkimuksiin. Sairaudesta annetaan tietoa geriatriin vastaanotolla sekä myöhemmin ensitietopäivässä, puhelin- ja sähköpostikontakteissa ja seurantakäynneillä. Tietoa ja tukea saavat sekä sairastunut että läheinen. Yhteydenotto voi tapahtua sekä asiakkaan ja läheisen että hoitohenkilökunnan puolelta. Siitä kuitenkin huolehditaan, että kenenkään hoitopolku ei katkea. Kotihoidon ja hoitokotien hoitajat pitävät geriatriin konsultointimahdollisuutta hyvin tärkeänä.

“Ongelmana usein se, että asiakkaat joilla epäillään muistisairautta eivät suostu terveydentilansa arviointiin. Lääkärin kotikäynti voisi auttaa asiaa.”

“Omaisten ja muistisairaana on tärkeä näistä tietää, erityisesti käytösmuutokset.”

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus saada asianmukaista lääkehoitoa. Diagnoosin tekovaiheessa PoSan geriatri määrää lääkityksen. Myöhemmin lääkitystä tarkistetaan seurantakäyntien yhteydessä tarvittaessa geriatria konsultoiden. Hoitajat tarkkailevat asiakkaiden lääkitystä ja opastavat läheisiä. Pohditaan hyötyjä ja mahdollisia haittoja. Varmistetaan, että muistisairas saa oikeaan aikaan oikean määrän lääkettä. Jos näin ei tapahdu, mietitään keinoja tilanteen korjaamiseksi. Usein kotihoidon palvelut ovat silloin tarpeen.

“Roikkumaan jääneet lääkkeet tärkeä lopettaa.”

“Toivoisin hoitajilta enemmän kirjausta voimien seurannasta, ettei hoitaja kirjaisi töitänsä vaan havainnot.”

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus tulla kohdelluksi aikuisena ja tulla kuulluksi niin, että hänen tunteitaan ja mielipiteitään arvostetaan. Hoitajat sekä vuodeosastolla että vanhushuoneissa ovat saaneet koulutusta muistisairaana kohtaamisesta. Jotkut hoitajista ovat saaneet TunteVa-koulutuksen. He voivat ohjata muita hoitajia ja opiskelijoita. Kiireisinäkin hetkinä on aikaa muistisairaalle, kun jutellaan hänelle hoitotoimien aikana. Pienikin hetki ja huomiointi voi olla merkittävä. Omaisia tuetaan ja kerrotaan, että vierailut ovat tärkeitä, vaikka asiakkaan kommunikointikyky olisi heikentynyt.

“Vaikka kuulostaa ehkä itsestään selvältä, käytäntö on usein näyttänyt, että on aihetta pysähtyä itsetutkiskeluun.”

“Saattaa olla, että ympärivuorokautisen hoivan piirissä rajoitetaan muistisairaana itsemääräämisoikeutta enemmän. Päätetään, milloin syödään ja mennään esim. ulos.”

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänsä ja kulttuuriset ja hengelliset tapansa. Asiakkaan sairaskertomuksessa on Elämänkulku-lomake, jota jonkin verran hyödynnetään vuodeosastoilla.

ja kotihoidossa. Muistivastanoitoilla asiakkaaseen tutustuminen on tärkeä osa tapaamista. Asiakkaan kertoessa asioistaan luottamus hoitosuhteessa vahvistuu. Tieto hänen elämänarvoistaan ja tärkeistä asioista auttaa lääkkeettömien hoitokeinojen löytämisessä. Vaikeitakin asioita on kohdattava, jos asiakas tuo niitä esiin. Omaisia tuetaan, jotta he jaksavat kuunnella läheistään. Muistelu yhdessä voi tuoda molemminpuolista iloa.

“Yksinäisten kannalta ongelmallista, kukaan ei tiedä eikä itse muista.”

“Ennaltaehkäisevät kyselyt jo aikaisin? Kuka kerää?”

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus kokea mielekkäitä asioita. Ensitetopäivässä ja seurantakäynneillä puhutaan siitä, miten tärkeää on jatkaa elämää nauttien aiemminkin tärkeistä asioista. Korostetaan, että mielihyvää tuottavat, turvalliset asiat ovat muistisairauden hoitoa. Läheiset ovat usein ratkaisevassa asemassa kokemusten toteuttamiseksi, joten tietoa annetaan myös heille. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että valinta on ensisijaisesti asiakkaan. Muiden on kuitenkin luotava mahdollisuus. Hoitokodeissa järjestetään viriketuokioita jumpan, musiikin, muistelun ja ulkoilun merkeissä. Kotona asuvia kannustetaan päivätoimintaan, jos kunnassa on sitä tarjolla. Jos asiakas ei halua lähteä kotoa minnekään, yritetään löytää mielekästä tekemistä kotioloihin.

“Tärkeää, mutta usein mahdotonta järjestää esim. ulkoilua, jos ei omaisia”

“Lisää kuntouttavaa päivätoimintaa, hoitajia kotiin, vapaaehtoistyöntekijöitä.”

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus elää turvallisessa ja aktivoivassa ympäristössä. Etenkin kotikäynneillä kiinnitetään huomiota kodin turvallisuuteen kuten esteettömyyteen, valaistukseen ja turvalaitteisiin. Fysioterapeuteilta saa tarvittaessa asiantuntijapua. Kodin muutostyöt ovat mahdollisia vammaispalveluiden kautta. Muistisairaalle kodin tietty järjestys auttaa hahmottamaan ympäristöä. Rakkaat esineet kuten läheisten valokuvat ja muistoesineet elämän varrelta tukevat minuutta ja antavat mahdollisuuden muisteluun. Hoitokodeissa on yleensä mahdollisuus kalustaa huone omannäköiseksi.

“Haastavaa, suunnitelmallisuutta ja monialaista yhteistyötä tarvitaan sen toteuttamiseksi.”

“Riskitekijöiden ennakointi!”

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus ulkoilla säännöllisesti. Asiakkaita kannustetaan ulkoiluun. Jos se ei omin voimin onnistu eivätkä läheiset voi auttaa, yritetään saada lenkkiseuraa ystäväpalvelusta. Kotihoidossa ja hoitokodeissa ulkoilun mahdollisuus vaihtelee. Läheisille korostetaan ulkoilun merkitystä. Vierailuhetken voi ehkä käyttää yhteiseen lenkkiin ulkona.

“Ei toteudu varsinkaan talvella.”

“Ulkoiluttajia palkkalistoille.”

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina kun se on mahdollista. Haasteellisessa käyttäytymisessä mietitään, mikä voisi olla aiheuttaja. Joskus tilanne on niin vaikea, että lääkäri määrää lääkettä. Yleensä määrääjänä on geriatri. Hoitajat seuraavat asiakkaan vointia. Lääkkeen määrää pyritään vähentämään ja lääke lopettamaan niin pian kuin se on mahdollista.

“Jos jokin rauhoittava on niin pienellä annoksella ja välillä yritetään tauottaa.”

“Ei juurikaan ole kotihoidon asiakkaiden lääkelistoilla rauhoittavia käytössä.”

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus hyvältä tuntuvaan fyysiseen kontaktiin kuten halaukseen, hellyyteen ja kädestä pitämiseen. Läheisille kerrotaan, että muistisairaana hellyyden tarve voi lisääntyä. Omaisiakin helpottaa, kun heillä on keinoja lähestyä rakasta ihmistä sanallisen viestinnän vaikeutuessa. Hoitokodeissa ei kaihdeta kosketusta, jos hoitajat eivät ole saaneet sellaista viestiä, että asukas ei sitä halua.

“Asiakkailla usein läheisyyden tarve, oikeissa suhteissa ja asiakasta kuunnellen.”

“Hoitojen yhteydessä ja aina välillä muutenkin halataan – kaikki ei pidä halauksesta.”

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus olla oman ja muiden muistisairaiden elämän asiantuntija. Perustana on tiedon saaminen ja asiakkaan huomiointi muistisairauden eri vaiheissa. Vastaanotolla hoitosuunnitelmaa mietittäessä asiakkaan mielipide on keskeinen. Vertaistuen mahdollisuus pitäisi myös antaa, mutta esteenä on pula ryhmien vetäjistä.

“Näkemyksen kuuleminen ja niihin uskomisen hoitajan roolissa.”

“Elämäntarina yksilöllisen hoidon perustana.”

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus olla osa paikallista ja maailmanlaajuisia yhteisöä – vaikka internetin välityksellä. Muistisairaiden ääntä tulee kuulla. Heitä kannustetaan yhdistystoimintaan. Tietotekniikan opastusta tarjotaan myös ikääntyneille. Ajan uutisten ja ilmiöiden seuraaminenkin on aktiivisuutta ja osoittaa kuulumista yhteisöön.

“Internetin käytön opastusta ja helppoja laitteita.”

“Tulevaisuus vaatii enemmän perehtymistä tekniikan saloihin. Varmaan jossakin vaiheessa muistisairaat hyödyntävät paljonkin tätä mahdollisuutta, vielä ei ole meillä ajankohtaista.”

Muistisairaalla ihmisellä on oikeus saada hoitoa, joka perustuu empatiakykyyn ja hyvään tietoon muistisairauksista. PoSan alueella on panostettu hoitajien koulutukseen. Kankaanpään opisto on järjestänyt alueella muistihoitajakoulutuksia. PoSan omat työntekijät ja asiantuntijat järjestävät koulutusta. Useat kouluttautuvat ja päivittävät tietojaan omaehtoisesti. Koulutustarjontaa on paljon, mutta kiireen vuoksi hoitajat eivät aina pysty osallistumaan, vaikka haluaisivat. Empatiakyky on ihmisellä luontainen ominaisuus, mutta silti tarvitaan tietoa muistisairaahan kohtaamisen erityispiirteistä.

“Kuntoutussuunnitelman teko ei ole helppoa, pitäisi olla enemmän osaamista.”

“Hoitotyössä olen kohdannut aina hoitajia, jotka kohtelevat kunnioittavasti ja arvokkaasti muistisairasta ihmistä. Hoitajien asenne näkyy työskentelyssä ja asiakkaan käyttäytymisessä.”

8 KEHITTÄMISSUUNNITELMIA

Hoitopolun kaikki osat ovat tärkeitä. Jokin heikko kohta ja toisaalta onnistuminen voi olla hyvinkin ratkaiseva muistisairaahan ja hänen läheisensä elämässä. Kuten hoitajien

kommenteistakin voi päätellä, on geriatriin rooli PoSassa merkittävä. Asiakkaiden hoitoonohjaus on helpottunut, kun ei tarvitse ohjata heitä toiselle käynnille Poriin. Vielä suurempi merkitys on ollut asiakkaiden seurannalle, että on olemassa asiantuntija, jota voidaan konsultoida. Seurannan pitäisi olla kuitenkin vielä intensiivisempää. Käypä hoito -suositusten mukaan muistiasiakkaan tulisi käydä lääkärin vastaanotolla kontrollissa ½-1 vuoden välein. Mielestäni käynti näin usein asiantuntevalla hoitajalla, joka ohjaa tarvittaessa lääkärille, riittäisi. Valitettavasti asiakkaiden suuren määrän vuoksi heitä ei ehditä tavata aina edes vuosittain puhumattakaan puolesta vuodesta. Siksi on tärkeää, että kaikilla hoitajilla on tietoa ja taitoa kohdata muistisairas, ennakoida ongelmat ja tarvittaessa tarttua niihin. Asiakkailta ja läheisiltä tulee olla perusterveydenhuollossa henkilö, johon he voivat ottaa yhteyttä.

Seurannan tehostamiseksi on PoSassa nimetty muistivastaavat eri toimipisteisiin. Vanhuspalveluiden muistivastaavat kokoontuvat ainakin kahdesti vuodessa muistikoordinaattorin kokoon kutsumana. Palaverit sisältävät koulutusta ja keskustelua yhteisistä asioista. Muistivastaavan roolissa on tärkeää, että oman alueen hoitaja ottaa vastuun muistisairaasta ja hänen läheisistään niin, että muistisairauden eteneminen ja hoidon- ja palvelutarpeen muutokset huomioidaan mahdollisimman kattavasti. Suurin osa muistivastaavista työskentelee palvelukodeissa ja kotihoidossa, joten kontakti asiakkaisiin on tiivis. Muistikoordinaattorin on tarkoitus keskittyä näiden henkilöiden kohdalla pääasiassa konsultointiin, jotta aikaa jäisi enemmän avosairaanhoidon asiakkaiden ja läheisten tukemiseen.

Muistivastaavien tehtävänä on myös tiedon välittäminen omassa yksikössään liittyen muistiasioihin. Tiedon tulisi kulkea myös toisinpäin hoitajilta muistikoordinaattorille. Tiedonvälitys on välillä haasteellista, koska kaikilla muistivastaavilla ei ole henkilökohtaista sähköpostiosoitetta. Muistityöryhmä on jo ehdottanut asian korjaamista. Muistihoitajien koulutukseen ja toimenkuvan selkiyttämiseen tulee edelleen panostaa. Liikaa korostetaan muistitestien tekemistä, vaikka muistityö on paljon muutakin. Se on muistiasiakkaan voimien ja elämäntilanteen arviointia monipuolisesti huomioiden myös läheiset. Toimintakyvyn ja arjen sujumisen muutoksista tulee tehdä johtopäätökset ja ryhtyä tarvittaviin toimiin. Kyseeseen tulee esim. lääkityksen, lääkkeettömän hoidon ja palveluiden tarkistaminen ajan tasalle. Haasteelliseen käyttäytymiseen mah-

dollisesti aloitettu rauhoittava lääke ei saa jäädä jatkuvaksi lääkkeeksi tai ainakin säännöllisin väliajoin on pohdittava, onko se edelleen tarpeen. Kirjauksiin tulee kiinnittää huomiota. Ne ovat monesti painottuneet asiakkaalle tehtyihin toimenpiteisiin. Muistisairaankohdalla tulisi huomioida etenkin kommunikointikykyä, käyttäytymistä ja toimintakykyä. Hoitajat tarvitsevat lisää koulutusta, kannustusta ja aikaa tämän työn tekemiseen. Siksi on tärkeää, että myös esimiehet tiedostavat tarpeen.

Suuri osa muistisairausdiagnooseista on tekemättä johtuen eri syistä. Kaikkien terveydenhuollossa työskentelevien tehtävä on ohjata asiakkaita hoitoon. Aikuispalveluissa ja työterveyshuollossa työskenteleviä on kannustettu asiakkaan luvalla kertomaan tilanteesta muistiasiantuntijoille tai antamaan muistikoordinaattorin yhteystiedot asiakkaalle. Tarvitaan asennemuokkausta, jotta muistisairaus mielletäisiin sairaudeksi muiden joukossa. Muistisairautta pitää hoitaa mahdollisimman hyvin kuten muitakin sairauksia. Avoimuus on tärkeää. Annetaan oikeaa tietoa tutkimus- ja hoitomahdollisuuksista sekä sairauden mahdollisesti aiheuttamista muutoksista. Kerrotaan, että sairastuneen kohtaaminen voi vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä ja vointiinsa. Muistisairaat ovat paljon kokeneita ja nähneitä ihmisiä, joilla on paljon annettavaa, kun heitä kuunnellaan. Heitä ei pidä pyrkiä erottamaan muista, vaan kannustaa molemmin puolin yhteiseen tekemiseen.

Muistisairauslääkkeiden teho sairauden etenemisen hidastumisessa vaihtelee yksilöittäin. Lääkkeetöntä hoitoa ei saa laiminlyödä. Se toteutuu eri kodeissa ja hoitopaikoissa eri tavoin. Kuntoutussuunnitelma pitäisi laatia niin, että asiakas ja läheinenkin ovat sitä laatimassa ja hyväksyvät sen. Kun asiakas on itse päättämässä hoidostaan, tunne oman elämän hallinnasta lisääntyy. Motivaatiota parantaa, kun on itse suunnittelemassa, mistä arki koostuu ja mitä voisi harrastaa. PoSassa kehitetään hyvinvointisopimusta, johon kuuluu juuri muistisairauden hoidossakin tärkeitä asioita. Muistihoitajat ovat mukana suunnittelussa. Aika näyttää, mikä tulos on nimeltään, mutta sisältö kattaa todennäköisesti juuri niitä asioita, joita muistityöhön on kaivattu. Sopimuksen pitäisi sisältää ainakin tavoitteet hoidolle ja kuntoutukselle sekä arkeen kuuluvia keinoja, joilla niihin pyritään. Seurannassa arvioitaisiin, miten sopimus on toteutunut. Onko tavoitteet saavutettu? Ovatko keinot olleet mielekkäitä ja mahdollisia toteuttaa? Kokemusten mukaan sopimuksen sisältöä muutettaisiin tarvittaessa.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa tai hyvinvointisopimusta laadittaessa ongelmana on saada hoitohenkilökunnan puolelta kokoon moniammatillinen ryhmä. Työntekijät ovat kiireisiä. Aina ei huomata toisten asiantuntijuutta. Suunnitelman tai sopimuksen tulee olla tulostettavissa oleva lomake, jonka asiakas ja läheinen saavat kotiin tai se on hoitokodissa nähtävissä.

Muistisairaiden ulkoilusta ja liikunnasta on paljon keskusteltu. Ne pitävät yllä muistia, mielialaa ja toimintakykyä. Läheisille tulee korostaa niiden merkitystä. Vierailija voi voimistella tai lähteä ulos asiakkaan kanssa. Kolmatta sektoria voisi käyttää enemmän. Eläkkeelle jääneet hyväkuntoiset ihmiset lähtevät mielellään lenkkiseuraksi, kun heitä rohkaistaan. Jotkut PoSan kunnat palkkaavat nuoria kesätöihin hoitokoteihin.

Ikääntyneiden määrän kasvaessa myös yksin asuvien määrä lisääntyy. Meidän tulee ottaa vastuuta kanssaihmisistämme, jotta yksin asuminen ei merkitse yksinäisyyttä. Ikääntyneille on paljon toimintaa, mutta valitettavasti kotiin jäävät eri syistä juuri ne, jotka tukea eniten tarvitsevat. Julkisen terveydenhuollon keinot ovat ainakin nykyisessä taloustilanteessa rajoittuneet, mutta kolmannen sektorin varaan lasketaan tulevaisuudessa paljon. PoSan alueella on useissa kunnissa ystäväpalvelua, jonka kautta on saatu seuraa ja tukea muistisairaille esim. lenkille ja uimahallimatkoille. Kaikkien hoitajien on hyvä muistaa tämä mahdollisuus ohjatessaan asiakkaita ja läheisiä. Yhdistystoiminta on vilkasta ja muistiasiakkaita on ryhmissä mukana. Kankaanpään seudun muistiyhdistyksen muistikahvila toimii Kankaanpäässä ja Siikaisissa. Osanottajia on runsaasti. Muistiyhdistyksen sekä Varsinais-Suomen ja Satakunnan Muistiluotsin toimesta on suunnitelmissa saada kahvilatoiminta käyntiin myös PoSan muissa kunnissa.

Terveydenhuollossa työskentelevien keski-ikä on melko korkea. Etenkin vanhustyössä työskentelee paljon lähivuosina eläköityviä hoitajia. Vanhustenhuolto ei ole suuntaus, jonka nuoret hoitajat ensimmäisenä valitsevat. Peruskoulutuksessa pitäisi lisätä muistisairauksien osuutta ja paneutua muistisairaahan kohtaamiseenkin, jotta opiskelijat kokisivat jo harjoittelupaikoissaan työn mielekkäänä.

Muistisairaiden päivätoimintaa on saatavilla epätasaisesti PoSan kunnissa. Kaikilla pitäisi olla siihen mahdollisuus. Ryhmissä ja yksilöllisesti tuetaan asiakkaiden fyysistä,

psykykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä. Omaishoitotilanteissa hoitaja saa omaa aikaa. Jos kaikissa kunnissa olisi päivätoimintaa, kotona selvidyttäisiin ehkä pitempään, jolloin toiminta olisi taloudellisestikin merkittävää.

PoSan alueella toimii omaishoitajien yhdistys, joka järjestää tapahtumia ja virkistystoimintaa. Vertaistukiryhmää omaishoitajille ei ole vetäjän puutteessa. Osa osallistuu muistikahvilatoimintaan. Muistiyhdistyksen hallituksessa on tiedostettu vertaistuen tarve ja vetäjä pyritään löytämään.

Käypä hoito -suosituksen mukaan asiakkaila on oikeus saada kuulla hoitotahdosta ja edunvalvontavaltuutuksesta. Niistä kertominen on ennen kaikkea hoitajien tehtävä. Ei vain muistihoidajien, vaan myös hoitotyöntekijöiden, jotka kohtaavat asiakkaita esim. neuvolatyössä. Ensietopäivässä ja eläkeläistilaisuuksissa kerrotaan aiheesta ikääntyneille. Muistiyhdistys on ollut järjestämässä tilaisuuksia, joihin ovat voineet tulla mukaan sekä hoitajat että asiakkaat.

9 POHDINTA

Muistisairaana oikeudet ovat haastavat. Ne toteutuvat osittain ja voivat tuntua mahdottomilta saavuttaa. Niitä voidaan kuitenkin pitää ohjenuorana ja perustana työtä kehitettäessä. Kehitystyössä tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. PoSassa on laajaa ja monipuolista osaamista, joka pitäisi saada tehokkaaseen käyttöön. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tai hyvinvointisopimuksen kehittäminen on mielestäni ensisijaista. Se tulee laatia yhteistyössä, mukana asiakas ja läheiset. Toteutus, kirjaaminen ja arviointi kuuluvat kokonaisuuteen. Kattavasti laadittu suunnitelma tai sopimus toimii myös motivoivana tekijänä kaikille osapuolille.

Opinnäytetyön päätarkoitus oli kuvata muistisairaana hoitopolku työkaluksi muille hoitajille. Se on käyty läpi kuvaten, miten tehdään. Perustelut erilaisille toimille kertovat, miksi tehdään. Olen pohtinut epäkohtia ja kehittämistarpeita. Toivon, että tulos on käytännönläheinen ja muistityötä palveleva. Keskiössä olen pyrkinyt pitämään muistisairaana asiakkaan ja hänen läheisensä. Aihe on ollut itselleni työni kokonaiskuvaa

selkiyttävää. Olen saanut uutta tietoa tutkiessani erilaisia lähteitä. Sain tuoretta näkökulmaa muistihoitotyöhön lukiessani hoitajien kommentteja heidän omista toimipisteistään. Sain uutta intoa ja motivaatiota kehittämistyöhön. Mietin rooliani hoitajien kannustajana. Heidän työnsä on vaativaa ja kiireistä. Moni on kuitenkin innostunut nimenomaan muistisairaanhoidon ja kohtaamisen erityispiirteistä, mikä on aina hienoa huomata.

Opinnäytetyön aihe oli loppujen lopuksi melko laaja. Mistä tahansa hoitopolun osasta voisi tehdä oman työn. Mikäli tulevaisuudessa vielä tarvitsen aiheita, olisi mielenkiintoista pureutua syvällisemmin johonkin hoitopolun osaan kuten lääkkeettömän hoidon toteutumiseen käytännössä tai muistisairaanhoidon kohtaamiseen. Hoitopolun toteutumista voisi tutkia asiakkaiden, läheisten tai hoitajien näkökulmasta.

Olen kulkenut muistisairaiden ja heidän läheistensä rinnalla pian kymmenen vuoden ajan. Matka on opettanut ja antanut paljon. Polku on välillä tasainen ja hetken matkaa suora. Sitten voi tulla mäkiä ja mutkia, joiden taakse ei etukäteen näe. Sairausten kulkua ei voi ennustaa. Kahta samanlaista polkua ei ole. Tunnen usein riittämättömyyttä, kun apua pitäisi antaa, mutta keinoja ei löydy. Vuosien mittaan olen tullut armollisemmaksi itseäni kohtaan. Ihmeitä ei voi tehdä, ollaan kuitenkin tekemisissä sairauksien kanssa, joihin ei ole parantavaa hoitoa. Kuunteleminen ja huolen pohtiminen yhdessä on kuitenkin kaikkein tärkeintä. Muistisairaita ja heidän läheisiään ei saa jättää yksin. Tukea omaan jaksamiseen työssä olen saanut läheisiltäni, työtovereiltani ja esimieheltäni. Verkostotoiminta Satakunnan muistihoitajien sekä valtakunnallisesti muiden muistikoordinaattoreiden kanssa on merkittävää työni tukemiseksi.

LÄHTEET

- Ackerman, L. 2014. Hyvä elämä kuolinhetkeen saakka. Memo 2, 5-7.
- Aira, M. 2010. Alkoholista ikääntyneelle – iloa, lääkettä vai ongelmia. Memo 3, 14-15.
- Arolinna, S. 2015. Yksinäisyys on vaarallisempaa kuin ylipaino. Lähellä 3, 9.
- Bell V. & Troxell, D. 2013. Best friends TM Dementia bill of rights. Viitattu 24.1.2016. <http://www.bestfriendsapproach.com>
- Cerad-testi 2015. Viitattu 6.8.2015. <http://cerad.fi>
- Eloniemi-Sulkava, U. 2011. Muistisairaahan ihmisen tarvelähtöinen hoidon kokonaisuus. Memo 4, 9-12.
- Eloniemi-Sulkava, R. & Mönkäre, R. 2014. Muistisairaahan vaikutukset ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 67-84.
- Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen, M. 2008. Hyviä päiviä kotona. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T., Hietanen, M., Kivipelto, M., Strandberg T. & Huovinen, M. 2009. Pidä aivosi kunnossa. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T., Melkas, S. & Jokinen, H. 2014. Aivoverenkiertosaikauden muistisaira. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 275-280.
- Erkinjuntti, T. & Viramo P. 2015. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56-60.
- Erola, L. Vinkkejä arkeen tietopankista. Muisti 4, 17.
- Etelä-Karjalan Muisti ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 12.4.16. http://www.ek.muisti.fi/images/Tiedote3_14.pdf
- Finne-Soveri, H., Kuusterä, K., Tamminen, A., Heimonen, S., Lehtonen, O. & Noro, A. 2015. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Muistiliitto ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Forder, M. 2014. Muistisairaahan fyysinen toimintakyky. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 109-120.
- Hallikainen, M. 2014. Alzheimerin taudin muodot. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 263-274.

- Hallikainen, M. 2014. Muistisairauden yleiset oireet ja käyttäytymisen muutokset. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 45-63.
- Hallikainen, M., Nukari, T. & Mönkäre, R. 2014. Muistisairauden hyvä hoito. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8-14.
- Hartikainen, S. 2013. Terveys. Viitattu 3.10.2015. <http://www.studio55.fi>
- Heiskanen, M. 2015. Omannäköistä elämää etsimässä. Muisti 2, 16-17.
- Heiskanen-Haarala, I. 2010. Pääosassa ihminen. Sairaanhoitaja 3, 26-27.
- Helo, K. 2011. ”Parasta on nähdä se, mitä kaikkea pystyy vielä tekemään” – kokemuksellinen kuntoutus muistisairaahan ihmisen omaisten kertomuksissa. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Herukka, S. & Remes, A. 2015. Laboratoriotutkimukset. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 355-359.
- Härmä, H. 2015a. Aistien iloa, kohtaamisen riemua. Muisti 3, 13-14.
- Härmä, H. 2015b. Asennetta muistityöhön. Muisti 3, 22-23.
- Härmä, H. 2013. Liiku muistisi hyväksi - kaiken ikää. Muisti 1, 22-23.
- Hurnasti, T., Topo, P. & Nukari, T. Muistisairaahan hyvä arki. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 133-156.
- Juntunen, J. 2008. Kognitiivinen neurologia. Teoksessa J.Juntunen et al. Kliininen ja kognitiivinen neurotiede, aivot ja ajattelu. Lundbeck, 90-101.
- Jyväkorpi, S. 2013. Syö muistaaksesi – ravitsemus aivoterveysten edistäjänä. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.
- Järnefelt, K. 2015. Toteutuuko muistisairaahan ihmisen osallisuus? Muisti 3, 17.
- Keronen, M. 2011. Muistisairaiden hoitopolun toimivuus Pirkanmaalla. AMK-opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu.
- Ketola, I. 2011. Ihana, hämmäntävä kosketus. Memo 1, 12-15.
- Kivelä, S-L. 2014. Muistisairaahan unen ja vuorokausirytmien muutokset. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 251-261.
- Kivikoski, T. 2012. Vakaumuksen merkitys muistisairaahan ihmisen elämässä. Memo 2, 15-16.

Koponen, H. & Vataja, R. 2015. Käytösoireiden hoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 474-486.

Kotiranta, T. 2009. Omaiset osana hoidon ja hoivan kokonaisuutta. Opas ammattihenkilöstön ja omaisten välisen yhteistyön tueksi. Helsinki: Omaisena edelleen ry.

Kunnat.net .2016. Viitattu 13.2.16. <http://www.kunnat.net>

Kämäräinen, L. 2011. TunteVa-omaisten opas. Miten ymmärtää muistisairasta ihmistä. Tampere: Tampereen kaupunkilähetys.

Kärkkäinen, V. 2013. Pääkirjoitus. Savon Sanomat 29.5.2013. Viitattu 12.4.2016. <http://www.savonsanomat.fi/paakirjoitukset/Missa-mina-olenkaan/420367>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.

Laine, M. 2011. Vanhuuden mieli – tarkoitusta täynnä. Memo 4, 14-15.

Laine, M. & Heimonen, S. 2011. Mahdollisuuksien matka. Logoterapeuttinen ajattelu muistisairaahan ihmisen hoidossa. Orivesi: Oriveden hoivapalveluyhdistys ry.

Laino, K. 2007. Muistihäiriöpotilaan hoitoketjun kehittäminen Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymässä. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980

Liikanen, H. 2011. Luovuus ja kulttuuriharrastukset eivät tunne ikärajoja. Memo 1, 23-24.

Lotvonen, H., Rosenvall, A. & Mönkäre R. 2014. Muistisairaahan hoidon järjestäminen. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 199-220.

Lönnroos, E. 2013. Muisti ja moni muu – lääkehoidon kokonaisuus kuntoon. Memo 1, 8-11.

Lönnroos, E. 2014. Muistisairaahan lääkehoidon arviointi. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 222-233.

Malmivirta, H. 2014. Avaimia aivoterveYTEEN. Muisti 1, 16-17.

Muistiliiton www-sivut. 2015. Viitattu 7.2.2016.. <http://www.muistiliitto.fi>

Muistisairaahan oikeudet. 2015. Pirkanmaan ja Huittisten muistiyhdistysten lehti 2, 15.

Muistisairauksien käypähoito-suositus

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nikumaa, H. 2014. Muistisairaana ja hänen omaisensa oikeusopas. Helsinki: Muistiliitto ry.

Mönkäre, R. 2014. Muistisairaana läheisen elämä ja jaksaminen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 159-168.

Mönkäre, R. 2014. Muistisairauden vaikutukset ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 67-82.

Mönkäre, R. 2014. Muistisairaana kohtaaminen ja ohjaaminen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 85-96.

Nikumaa, H. 2013. Elämä ei pääty muistisairauden diagnoosiin. Seurantatutkimuksen raportti. Muistiliiton julkaisusarja.

Nikumaa, H. 2014. Muistisairaana itsemääräämisoikeus ja oikeusturva. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 169-196.

Nukari, T., Lotvonen, H. & Rosenvall, A. 2014. Muistisairaana hoidon järjestäminen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 199-220.

Numminen, A. 2011. Musiikki, laulu ja muistisairaus. Memo 3, 6-8.

Peltonen, S. 2013. Vuorovaikutuksen tarve ei katoa. Muisti 4, 12-15.

Piirtola, M., Karinkanta, S., Löppönen, M., Palvanen, M. & Kannus, P. 2010. Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisy. Memo 2, 9-13.

Pitkälä, K. & Laakkonen, M. 2015. Muistisairaana kuntoutus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 495-505.

Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän hoitajien haastattelut 3/2016.

Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän ikäihmisten hyvinvointisuunnitelma 2014-2020. http://www.eposa.fi/wp-content/uploads/2014/12/HVVSUUNNITELMA2014_2020.pdf. Viitattu 1.5.2016.

Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän strategia 2015-2020. http://www.posan.toiminta_ajatus. Viitattu 13.2.2016.

Qvick, L. 2008. Monipuolinen osaaminen ja yhteisöllisyys dementoituvan asiakkaan hyvän hoitotyön perustana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 3.5.2016. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/80062>

- Remes, A. 2014a. Alzheimerin taudin muodot. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 263-274.
- Remes, A. 2014b. Otsa-ohimolohkorappeumien aiheuttama aivosairaus. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 281-285.
- Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119-136.
- Riikonen, M. 2013. Eettisen ajattelun tulee ohjata teknologian käyttöä muistisairaiden ihmisten arjessa. Memo 2, 9-11.
- Rinne J. 2015. Lewyn kappale-tauti. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165-171.
- Rinne J., Hallikainen M., Suhonen J., Rosenvall A. & Erkinjuntti T. 2015. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 455-473.
- Salonoja, M. 2006. Luento Satakunnan sairaanhoitopiirin Muistihoitaja / vanhuspsykiatrian erityisosaajakoulutuksessa 28.9.2006 ja 30.11.2006.
- Sarvimäki, A. 2013. Muistisairaus ja ihmisarvon haavoittuvuus. Memo 4, 12-14.
- Soininen, H. & Kivipelto, M. 2015. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 436-445.
- Soininen, H. & Hänninen T. 2008. Dementoivat sairaudet. Teoksessa J.Juntunen et al. Kliininen ja kognitiivinen neurotiede, aivot ja ajattelu. Lundbeck, 102-118 .
- Soininen, H. & Hänninen, T. 2015. Muistioireiden taudinmääritys. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 81-89.
- Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen lääkärilehti 10, 9-21.
- Sulkava, R., Viramo, P., Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Espoo: Janssen-Cilag Oy.
- Suominen, M. 2014. Muistisairaahan ravitsemus. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 243-250.

Tamminen, T. 2008. Teoksessa J.Juntunen et al. Kliininen ja kognitiivinen neurotiede, aivot ja ajattelu. Lundbeck, 125-145.

Tavi, H. 2011. Ole hellä aivoillesi. Muisti 1, 16-17.

Teittinen, O. 2013. Käytäntöjä ja toimintamalleja muistiasiakkaan hoitopolun varrelta. Oma tupa oma lupa-hanke.

Tienari, P., Myllykangas, L., Polvikoski, T. & Tanila, H. 2015. Alzheimerin taudin patogeneesi. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 100-118.

Tilvis, R., Hervonen, A. Jäntti P., Lehtonen, A. & Sulkava R. (toim.) 2003. Geriatria. 1.painoksen (2001) muuttamaton jatkopainos. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Topo, P. 2012. Autonomia on arkinen asia. Memo 3, 9-10.

UKK-instituutin www-sivut. 2015. Viitattu 4.8.2015. <http://ukk-instituutti.fi>

Vanhanen, H. 2003. Kohonnut verenpaine. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 63-67.

Vataja, R. 2014a. Muistisairauden yleiset oireet ja käyttäytymisen muutokset. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 45-63.

Vataja, R. 2014b. Muihin sairauksiin ja aivovammoihin liittyvä muistisairaus. Teoksessa M.Hallikainen, R.Mönkäre, T.Nukari & M.Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 293-304.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, A.Remes, J.Rinne & H.Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35-43.

Virjonen, K. 2012. Muistisairaahan palvelupolku. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 142.

Voutilainen, P. 2012. Kansallinen muistiohjelma muistiystävällisen Suomen rakentumisen tueksi. Memo 2, 6-8.

WandeWeerd, C., Paveza, G., Estefan, L. & Corvin, J. 2014. Changes in Conflict Resolution Style over Time: The Risk for Persons with Alzheimer's Dementia. Viitattu 4.5.2016. <http://www.esciencecentral.org/journals/changes-in-conflict-resolution-style-over-time-the-risk-for-persons-with-alzheimers-dementia-2329-8847.1000127.php?aid=31429>

MUISTIKYSELY LÄHEISELLE

TUTKITTAVA: _____ PVM: _____

VASTAAJA _____ PUOLISO / LAPSI / MUU

LUE kysymys ja kaikki sen vastausvaihtoehdot. Valitse nykytilaa kuvaavin vaihtoehto ja **YMPYRÖI** sen edessä oleva numero. Kirjoita lisätietoja tarvittaessa.

I MUISTIN MUUTOKSET

1. **Muistaako hän tehdä sovitut asiat?**
 1. Muistaa tehdä sovitut asiat kuten ennen
 2. Muistaa tehdä sovitut asiat vähän huonommin kuin ennen
 3. Unohtaa melkein aina tehdä sovitut asiat
2. **Muistaako hän, mitä äskettäin on puhuttu?**
 1. Muistaa entiseen tapaan, mitä äskettäin on puhuttu
 2. Muistaa vähän huonommin, mitä äskettäin on puhuttu
 3. Unohtaa melkein aina mitä äskettäin on puhuttu
3. **Kyseleekö tai kertooko hän samoja asioita uudelleen ja uudelleen?**
 1. Ei kysele eikä kerro samoja asioita useammin kuin ennen
 2. Kyselee ja kertoo samoja asioita vähän useammin kuin ennen
 3. Kyselee ja kertoo samoja asioita paljon useammin kuin ennen
4. **Muistaako hän läheistensä nimet?**
 1. Muistaa läheisten nimet kuten ennen
 2. Läheisten nimien muistaminen on hieman vaikeutunut
 3. Läheisten nimien muistaminen on selvästi vaikeutunut
5. **Miten hän oppii uusia toimintatapoja, esim. jonkin uuden laitteen käyttö?**
 1. Oppii uusia toimintatapoja kuten ennen
 2. Oppii uusia toimintatapoja huonommin kuin ennen
 3. Ei opi uusia toimintatapoja juuri lainkaan
6. **Miten käytännön taidot sujuvat (kodinkoneet, käsityöt, ruoan laitto, pienet korjaustyöt jne.)?**
 1. Käytännön taidot eivät ole muuttuneet
 2. Käytännön taidot ovat jonkin verran heikentyneet
 3. Käytännön taidot ovat selvästi heikentyneet
7. **Miten hän suhtautuu muistivaikeuksiinsa?**
 1. On huolissaan muistinsa vaikeuksista
 2. Ei ole huolissaan muistinsa vaikeuksista
 3. Vähättelee muistivaikeuksiaan

II PUHEEN JA HAVAINNON MUUTOKSET

8. **Miten hän ymmärtää kuulemaansa puhetta?**
 1. Ymmärtää yhtä hyvin kuin ennen
 2. Ymmärtäminen on joskus vaikeaa, asioita on toistettava
 3. Ymmärtää puhetta huonosti

9. Miten hyvin hän puhuessaan löytää tarvittavat sanat?

1. Sanat löytyvät kuten ennenkin
2. Joutuu ajoittain hakemaan sanoja
3. Joutuu jatkuvasti hakemaan sanoja

10. Miten sujuvasti hän puhuu?

1. Puhe sujuu kuten ennen
2. Puhe on hitaampaa ja työläämpää kuin ennen
3. Puhe on nykyään hyvin hidasta ja juuttuvaa

11. Miten hän löytää kulkiessaan reitit ja paikat?

1. Löytää reitit ja paikat kuten ennen
2. Reittien ja paikkojen löytäminen on jonkin verran vaikeutunut
3. Eksyy nykyään helposti

III LUONTEEN JA TOIMINTATAVAN MUUTOKSET

12. Ovatko kiinnostuksen kohteet ja harrastukset pysyneet ennallaan?

1. Kiinnostuksen kohteet ja harrastukset ovat samanlaisia kuin ennen
2. Kiinnostuksen kohteet ja harrastukset ovat jonkin verran vähentyneet
3. Kiinnostuksen kohteet ja harrastukset ovat selvästi vähentyneet

13. Onko hän hidastunut päivittäisissä toiminnoissaan?

1. Toimii samalla nopeudella kuin ennen
2. Toimii vähän hitaammin kuin ennen
3. Toimii selvästi hitaammin kuin ennen

14. Onko hän samalla tavalla oma-aloitteinen kuin ennen?

1. Oma-aloitteisuus toimiin ryhtymisessä on yhtä hyvää kuin ennen
2. Oma-aloitteisuus toimiin ryhtymisessä on jonkin verran heikentynyt
3. Oma-aloitteisuus on hyvin vähäistä, hän on usein aloitekyvytön

15. Onko hänen ajattelunsa johdonmukaista?

1. Ajattelu pysyy asiassa yhtä johdonmukaisesti kuin ennen
2. Ajattelu syrjähtelee sivuasioihin hieman useammin kuin ennen
3. Ajattelu on nykyään epäjohdonmukaista ja syrjähtelee usein sivuasioihin

KÄÄNNÄ

16. Millainen on hänen harkintakykynsä raha-asioissa tai ongelmatilanteissa?

1. Harkintakyky on ennallaan
2. Harkintakyky on heikentynyt jonkin verran
3. Harkintakyky on selvästi heikentynyt, toimii ajattelematta tekojensa seurauksia

17. Onko hän muuttunut aikaisempaa estottomammaksi eli tekee tai puhuu asioita, joita aikaisemmin ei julkisesti olisi tehnyt tai puhunut?

1. Estottomuus ei ole lisääntynyt aikaisempaan verrattuna
2. Estottomuus tuntuu lisääntyneen jonkin verran
3. Estottomuus on lisääntynyt selvästi, puhuu ja toimii usein sopimattomasti

18. Huolehtiko hän itsestään ja muista entiseen tapaan

1. Pitää huolta itsestään ja muista kuten ennen
2. On vähän välinpitämättämpi ja piittaamattomampi kuin ennen
3. On selvästi piittaamaton ja välinpitämätön itsestään ja muista

19. Onko hänellä ollut päiväaikaisia näköharjoja, näkeekö hän olemattomia asioita?

1. Näköharjoja ei ole ollut
2. Näköharjoja on joskus
3. Näköharjoja on usein

20. Onko hän muuttunut viime aikoina masentuneeksi?

1. Ei vaikuta masentuneelta
2. On muuttunut hieman alakuloiseksi ja masentuneeksi
3. On selvästi masentunut nykyään

IV MUISTIN JA MUUN TIEDONKÄSITTELYN MUUTOSTEN ALKU JA KEHITYS

21. Miten hänen muistin ja muun tiedonkäsittelyn ongelmansa ovat alkaneet?

1. Vähitellen useamman vuoden aikana
2. Melko nopeasti muutaman kuukauden sisällä

22. Mitkä olivat ensimmäiset ongelmat?

Milloin ne huomattiin?

23. Edelsikö ongelmien alkua jokin erityinen tapahtuma?

1. Ei tietoa
2. Sairaus tai sairauskohtaus:
3. Tapaturma:
4. Merkittävä elämänmuutos:

V AVUN TARVE

24. Kuinka paljon hänen tekemisiään pitää valvoa?

1. Selviytyy itsenäisesti, ei tarvitse valvontaa
2. Tarvitsee ylimääräistä valvontaa jonkin verran tai ajoittain
3. Tarvitsee valvontaa jatkuvasti

25. Miten itsenäisesti hän selviytyy kodin ulkopuolisten asioiden hoitamisesta (raha-asiat, laskujen maksu, kaupassa käynti, matkustaminen, jne.)?

1. Kodin ulkopuolisten asioiden hoitaminen on ennallaan
2. Tarvitsee joskus tukea ja apua asioiden hoitamisessa
3. Tarvitsee usein tukea ja apua asioiden hoitamisessa

26. Miten hän selviytyy henkilökohtaisissa perustoimissa (pukeminen, peseminen, syöminen, wc)?

1. Selviää itsenäisesti ja ilman apua
2. Tarvitsee jonkin verran apua
3. Tarvitsee jatkuvaa apua

27. Miten rasittavaksi läheiset ovat kokeneet muutokset?

1. Muutokset eivät rasita läheisiä
2. Muutokset tuntuvat hieman rasittavilta
3. Muutokset tuntuvat hyvin rasittavilta

28. Onko läheisillä itsellään avun ja tuen tarvetta?

1. Tuen tarvetta ei ole tällä hetkellä
2. Läheiset tarvitsevat tukea ja apua, missä asioissa:

29. Elämäntilannetta ja toimintakykyä koskevia muita havaintoja tai huolen aiheita

Geriatrinen depressioasteikko (GDS)

Nimi: _____	Syntymäaika: _____
Pvm: _____	Arvioitsija: _____
Pisteet yhteensä: _____	

Nämä kysymykset koskevat jokapäiväistä mielialaa, asenteita ja tunteita. Haluaisin tietää, miltä Teistä on tuntunut viimeksi kuluneen viikon aikana, tämä päivä mukaan lukien. Luen kysymykset Teille ja toivon Teidän vastaavan niihin joko "kyllä" tai "ei".

	KYLLÄ	EI
1. Oletteko pohjimmiltanne tyytyväinen elämääänne?	0	1
2. Oletteko joutunut luopumaan monista kiinnostavista asioista ja harrastuksista?	1	0
3. Tuntuuko elämänne tyhjältä?	1	0
4. Tunnetteko olonne usein ikävystyneeksi?	1	0
5. Oletteko toiveikas tulevaisuuden suhteen?	0	1
6. Vaivaavatko Teitä ajatukset, jotka pyörivät jatkuvasti mielessänne?	1	0
7. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella?	0	1
8. Pelkäättekö, että jotain pahaa tulee tapahtumaan Teille?	1	0
9. Oletteko useimmiten onnellinen?	0	1
10. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?	1	0
11. Oletteko usein levoton ja hermostunut?	1	0
12. Oletteko mielummin kotona sen sijaan, että lähtisitte ulos?	1	0
13. Oletteko usein huolissanne tulevaisuudesta?	1	0
14. Onko Teillä mielestänne enemmän muistivaikeuksia kuin muilla?	1	0
15. Onko Teistä hyvä, että olette yhä elossa?	0	1
16. Tuntuuko Teistä usein synkältä ja alakuloiselta?	1	0
17. Tunnetteko olonne arvottomaksi?	1	0
18. Kannatteko paljon huolta menneestä?	1	0
19. Onko elämänne mielestänne innostavaa?	0	1
20. Onko Teidän vaikea aloittaa uusia asioita?	1	0
21. Tunnetteko itsenne tarmokkaaksi?	0	1
22. Tuntuuko elämäntilanteenne toivottomalta?	1	0
23. Tuntuuko Teistä, että muiden asiat ovat paremmin kuin Teidän?	1	0
24. Saavatko pienet asiat Teidät usein pois tolaltanne?	1	0
25. Itkettääkö Teitä usein?	1	0
26. Onko Teillä keskittymisvaikeuksia?	1	0
27. Onko mielestänne mukavaa nousta aamuisin?	0	1
28. Välttelettekö toisten ihmisten tapaamista?	1	0
29. Onko Teidän helppo tehdä päätöksiä?	0	1
30. Kykenettekö ajattelemaan yhtä selkeästi kuin ennen?	0	1

Summapisteet:

0–10 normaali, 11–20 lievä depressio ja 21–30 keskivaikea tai vaikea depressio.

Cornellin masennusasteikko – dementiaoireisten muistisairaiden depression mittari

Nimi: _____	Syntymäaika: _____
Pvm: _____	Arvioitsija: _____
Pisteet yhteensä: _____	Pisteytys: a ei voida arvioida 0 ei esiinny 1 lievä tai satunnainen 2 vakava

Pisteytyksen tulee pohjautua oireisiin ja löydöksiin, jotka ovat esiintyneet haastattelua edeltäneen viikon aikana.
Pisteytystä ei tehdä niistä oireista, jotka johtuvat fyysisestä kyvyttömyydestä tai sairaudesta.

A Mielialaan liittyvät oireet

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Ahdistuneisuus
vaikuttaa ahdistuneelta, hautoo asioita, huolestunut | a | 0 | 1 | 2 |
| 2. Surullisuus
vaikuttaa surulliselta, surullinen ääni, itkuinen | a | 0 | 1 | 2 |
| 3. Ei reagoi miellyttäviin tapahtumiin | a | 0 | 1 | 2 |
| 4. Ärtisyys | a | 0 | 1 | 2 |

B Käyttäytymisen oireet

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5. Levottomuus
vaikuttaa kiihtyneeltä, väänтелеe käsiään, repii hiuksiaan | a | 0 | 1 | 2 |
| 6. Hidastuminen
hitaat liikkeet, hidas puhe, hitaat reaktiot | a | 0 | 1 | 2 |
| 7. Moninaisten ruumiillisten oireiden valittaminen
(pisteytys 0, jos vain vatsavaivoja) | a | 0 | 1 | 2 |
| 8. Mielenkiinnon menetys
osallistuu vähemmän tavanomaisiin toimintoihinsa
(pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana) | a | 0 | 1 | 2 |

C Ruumiilliset oireet

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 9. Ruokahaluttomuus
syö tavallista vähemmän | a | 0 | 1 | 2 |
| 10. Laihtuminen
(pisteytys 2, jos paino pudonnut yli 2 kg kuukauden aikana) | a | 0 | 1 | 2 |
| 11. Energian puute
uupuu helposti, ei jaksa ylläpitää aktiviteetteja
(pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana) | a | 0 | 1 | 2 |

D Vuorokauden rytmiin liittyvät oireet

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 12. Mielialaoireet pahempia aamuisin | a | 0 | 1 | 2 |
| 13. Nukahtaa myöhemmin kuin tavallisesti | a | 0 | 1 | 2 |
| 14. Heräilee tavallista useammin yön aikana | a | 0 | 1 | 2 |
| 15. Herää aikaisemmin kuin tavallisesti | a | 0 | 1 | 2 |

E Vääristyneet mielikuvat

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16. Itsetuhoisuus
ei koe elämäänsä elämisen arvoiseksi, itsemurha-ajatuksia tai itsemurhayritys | a | 0 | 1 | 2 |
| 17. Itsetunnon menetys
moitiskelee itseään, huono omanarvontunne, epäonnistumisen tunteita | a | 0 | 1 | 2 |
| 18. Pessimismi
odottaa pahinta | a | 0 | 1 | 2 |
| 19. Masentunutta mielialaa ilmaisevat harhaluulot | a | 0 | 1 | 2 |



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OP07A

1 / 2

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: <i>KARVANEN PÄIVI</i>	
Opiskelijanumero: <i>1301594</i>	Aloitusr ryhmä: <i>AGE13SA</i>
Koulutusohjelma: <i>LAIVUSTUS</i>	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>KIVENMÄÄ ANNE MAAMIEHDEK. 10, 28500 POKI</i> <i>anne.kivenmaa@samk.fi</i>	
Toimeksiantaja, yhteys henkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>POSA TORIK. Y, 38700 KANKAANPÄÄ</i> <i>TAEHASAARI ANNE</i> <i>anne.taahasaaari@possa.fi P. 0445773605</i>	
Opinnäytetyön nimi: <i>MUISTISAIRIEN HOITOPOLUN KEHITTÄMINEN</i> <i>POHJOIS-SATAKUNNAN PERUSPALVELUKUNTAYHTY-</i> <i>MÄSSÄ</i>	
Työn etenemisaikataulu: <i>VALMISTUMINEN JOULUKUUHIN 2015</i> <i>MEINNESSÄ</i>	
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa. Tätä sopimusta on laadittu <i>3</i> kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukeeet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys: <i>20.3.15</i>	
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvennys: <i>Anne Taahasaaari</i> <i>ANNE TAEHASAARI</i>	
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys: <i>Pirkko Lehtinen</i> <i>Pirkko Lehtinen</i>	
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus: <i>Anne Kivenmäki</i> <i>ANNE KIVENMÄÄ</i>	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: <i>Päivi Karvanen</i>	